

STUDIER
ÖFVER DEN
TUBERKULÖSA HÖFTLEDSINFLAMMATIONEN.

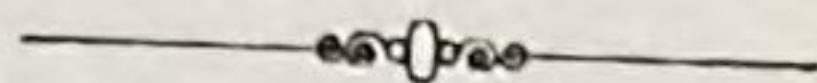
AKADEMISK AFHANDLING

AF

HJ. VON BONSDORFF.

MEDICINE LICENTIAT.

*Framställes med tillstånd af medicinska fakulteten vid Kejsarlige
Alexanders universitetet i Helsingfors till offentlig granskning i
hist. filol. auditoriet den 15 december 1888 p. v. t. f. m.*



HELSINGFORS,

J. C. FRENCKELL & SON, 1888.

STUDIES

THEORY OF THE

THEORY OF THE

THEORY OF THE

Innehåll:

Inledning	pag. 1.
Historik	„ 4.
Kasuistik	„ 34.
Kritik af sjukdomsfallen	„ 56.
Försök till differentialdiagnostik	„ 66.
Behandling	„ 92.

Inledning.

Den store fransyske kirurgen *Bonnet* inleder kapitlet om höftledssjukdomarne i sitt arbete, *Traité des Maladies des articulations* ¹⁾, med följande ord: „De toutes les articulations, il n'en est point dont les maladies réclament plus d'études spéciales, que celles de la hanche.“ Med skäl kan äfven *Albert* ²⁾ säga: „Wir kennen die Coxitis erst durch Bonnet.“

Det är först under senare hälften af detta sekel, som med det nyvaknade lifvet på den patologiska anatomins område, äfven en noggrannare kännedom om de sjukliga förändringarne inom ledgångarne i allmänhet och äfven i höftleden, vunnits. Till denna kunskap bidrog i icke oväsentlig grad de allt allmännare vordna ledgångsresektionerna. Det af *Hippocrates* för behandling af höftledssjukdomarne ofta använda brännjärnet hade ännu i början af detta århundrade en ifrig försvarare i *Rust*. Ehuru den första höftledsresektion utfördes af *Anthony Weith* 1821, dröjde det ända till medlet af seklet, innan denna operation genom *Syme* och *Fergusson* ³⁾ vann allmännare spridning i dess eget hemland. Samtidigt begynte den dock äfven i Tyskland allmännare utföras. Men snart inträdde i höftledssjukdomarnes behandling en mot-

¹⁾ *A. Bonnet*. *Traité des maladies des articulations*. Paris & Lyon 1845. Tome second, pag. 259.

²⁾ *E. Albert*. *Pathologie und Therapie der Coxitis*. Wiener Klinik 1876, Heft 8 u. 9. pag. 227.

³⁾ *L. Ollier*. *Traité des Resections*. Paris 1885. Tome premier, pag. 32.

satt ytterlighet i den s. k. „Frühresektion.“ Då man ansåg sig i resektionen hafva att tillgå ett säkert och tillförlitligt medel att bota denna allvarsamma sjukdom, blefvo indikationerna för utförande af denna operation synnerligen vidsträckta. Emellertid höjdes berättigade röster mot detta ensidiga förfarande. Det var lätt att uppvisa, att äfven med en konservativ behandling fullt lika goda resultat vunnos, såväl hvad helsa som hvad funktionsförmåga beträffa. En kirurg med så vidsträckt erfarenhet som *Volkmann* skrifver ¹⁾: „Es ist mir daher völlig unverständlich, wie man bei den Kindern in der Resektion des Hüftgelenks mehr als einen äussersten Nothbehelf erblicken kann.“

Då uppfattningen af de fungösa ledaffektionerna som tuberkulos i legången, samt i synnerhet deras primärt osteala natur blifvit allmännare erkänd, liksom äfven det berättigade i ett operativt aflägsnande af denna lokaltuberkulos, begynte det sträfvande allt mer och mer göra sig gällande, att, med bibehållande af leden i dess helhet, ur densamma endast uttaga sjukligt förändrade delar. Detta gälde i synnerhet hos barn, der extremitetens tillväxt ofta blef störd genom att, vid utförande af en regelrätt resektion, epifysbråskan förstördes eller helt och hållet aflägsnades.

Vid sjukliga förändringar i de flesta af extremiteternas ledgångar är det en ganska lätt sak att, om icke en yttre undersökning af leden ger tillräcklig upplysning, öppna densamma, och på denna väg skaffa sig en öfvertygelse om de patologiska förändringarnas läge och utbredning. Ett annat förhållande är det deremot med höftleden. Dess otillgängliga läge, täckt som den är af tjocka muskellager, försvårar i högsta grad en direkt un-

¹⁾ *R. Volkmann.* Die Resektionen der Gelenke. Sammlung Klinischer Vorträge N:o 51. 1873, pag. 292.

dersökning. Deremot erbjuder höftleden, då den är sjukligt förändrad, många yttre karakteristiska kännetecken, hvilka kunna vara till vägledning vid uppgörandet af en diagnos i antydt syfte.

Detta arbete är ett försök, att med ledning af trettio sjukdomsfall af tuberkulös höftledsinflammation hos barn, på grund af jämförelse mellan de kliniska symptom, hvarje fall erbjuder, och den vid resektion eller obduktion vunna kunskap om de sjukliga förändringarne å leden, uppvisa, hvilka differentialdiagnostiska kännetecken utmärka de olika slagen af höftledsinflammation, vare sig denna är primärt osteal, och då med antingen lårbenet, ledpannan eller hvardera benen som utgångspunkt, eller ock primärt synovial.

Det är förf. en kär pligt, att härmed betyga herr professorn *F. Saltzman* sin tacksamhet för den beredvillighet, hvarmed han ställt för detta arbete behöfliga sjukhistorier samt patologiskt-anatomiska präparat från kirurgiska sjukhuset till förf. förfogande.

H i s t o r i k.

Den äldsta beskrifning om den spontana luxationen, en benämning, som användts från äldsta tider för att beteckna inflammationsprocesser i höftleden, förskrifver sig från *Hippocrates*. Han framhöll ¹⁾ huru en ansamling af vätska (mucus) i leden småningom utdref ledhufvudet från dess plats i pannan, och huru derigenom en luxation af inre orsak, i motsats mot den genom yttre våld, uppkom. Samma uppfattning om höftledssjukdomarne delades sedermera allmänt och har med smärre förändringar varit förherskande ända till början af detta århundrade. *Asclepiades af Bithynien* ²⁾ ansåg, att en luxation framkallades genom en tillsvällning af de mjuka partierna i leden. Äfven *Galenus* ³⁾ följde noggrannt *Hippocrates* beskifning öfver höftlidandet, samt förklarade uppkomsten af ett ledbrott för möjlig endast derigenom, att ligamentum teres uttänjdes.

En mera utförlig beskrifning egnades nämnda sjukdom af *Cælius Aurelianus* ⁴⁾. Han hade observerat den vid ett höftlidande så vanligt förekommande knäsmärtan,

¹⁾ *Hippocratis aphorismi*. Sect. VI, 59, 60. *Artis Medicæ Principes* rec. Albertus de Haller. Lausanne 1770. Tom I, pag. 491.

²⁾ *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Série I. Tome 22. Art. *Coxalgie* par *Mathieu et Strauss*, pag. 144.

³⁾ *Galenus in aphorismos Hippocratis Commentar*. VI, pag. 104.

⁴⁾ *Cælius Aurelianus*. *Morborum chronicorum* Lib. V de *Ischiadicis*. *Artis Medicæ Principes* rec. Albertus de Haller. Tom II, pag. 353

samt framhöll att en bäckenlutning med förlängning och förkortning af benet blir en följd af sjukdomen.

Någon utveckling af läran om höftledens sjukdomar skedde ej genom de arabiska kirurgerna *Abulcasis* och *Avicenna*¹⁾, lika litet som genom *Cuy de Chauliac*¹⁾ och *Ambrosius Paré*²⁾.

En utförligare behandling egnades deremot höftledens sjukdomar af *Fabricius Hildanus* och *Fabricius af Aquapendente*³⁾. Den senare beskref tvänne olika sätt för uppkomsten af en spontan luxation; antingen framkallade det intraartikulära exsudatet en så höggradig förslappning i ledgångskapseln, att benets egen tyngd var tillräcklig, för att åstadkomma en luxation, eller ock uttrycktes ledhufvudet genom den inom leden samlade vätskan ur pannan. Enligt *Fabricii Hildani* åsigt måste ett trauma mot leden alltid föregå och framkalla i denna en retning, hvilken åter i sin tur hade en exsudation till följd. Utan en stark förslappning i ledkapseln och i synnerhet i ligamentum teres kunde ett ledbrott icke uppkomma.

Äran, att till först hafva egnat höftledens sjukdomar ett noggrant och fullt vetenskapligt studium, tillskrifves den fransyska kirurgen *J. L. Petit*⁴⁾. Genom en stöt emot leden uppkom, enligt nämnde författare, antingen direkte en luxation, eller ock en kontusion af ledens inre delar, bråsk, synovialmembran, det intraartikulära fettlagret och lig. teres. Denna stöt hade en inflammation till följd,

¹⁾ Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales l. c. pag. 115.

²⁾ *Ambrosius Paré*. Edit. Malgaigne. Tome II. liv 14, chap. 40. pag. 387.

³⁾ Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales l. c. pag. 145.

⁴⁾ *J. L. Petit*. Abhandlung von denen Krankheiten derer Knochen am Menschlichen Leibe aus dem Frantzösichen übersetzt. Berlin 1743. Bd. I, pag. 230. (Det franska originalarbetet, »*Traité des maladies des os*» Paris 1735 har ej varit förf. tillgängligt.

hvaraf en förökad exsudation af synovialvätska framkallades. Sedan en tillräcklig mängd deraf samlats i leden, utdrefs ledhufvudet småningom ur pannan och åstadkom sålunda på indirekt väg en „luxation consecutive.“ Detta vore ej möjligt med mindre, än att ledgångsligamenten och i synnerhet lig. teres förslappades och uttänjdes. Den starka smärta som patienten erfor i början af sjukdomen vore framkallad af spänningen i det runda ligamentet, hvilket naturligtvis måste afslitas, för att luxation skulle kunna uppstå. *Petits* uppfattning om höftsjukan skilde sig således icke i någon väsentlig grad från hans föregångares. En ganska utförlig beskrifning gifver nämnde författare af de vid ett höftlidande vanligtvis uppkommande komplikationerna, sänknings abscesser, fistlar och kariösa förstöringar i benen. Äfven framhåller han den dåliga prognos detta lidande har, såväl hvad helsa som funktions förmåga beträffa.

*Sabatier*¹⁾ delade ej *Petits* åsigt, hvad uppkomsten af en spontan luxation beträffar. Han hade observerat flere fall, der en kariös förstöring af ledpannans rand hade framkallat densamma.

Med bibehållande af *Petits* förklaring af höftlidandet som en luxation af inre orsak, som så väl tycktes förklara alla vid ett höftlidande uppkommande förändringar i den sjuka extremiteten, sökte kirurgerna under en lång följd af år utforska, hvilka orsaker det kunde vara, som framkallade detta lidande, och hvilken del af leden det var, som till först angreps vid detsamma.

Så anslöt sig *Camper*²⁾ till *Petits* åsigt och ansåg, att en abnorm ansamling af ledvatten åstadkom luxation, samt föreslog som behandling för detta lidande en öppning af leden antingen genom en incision eller genom punktion

¹⁾ Se *J. G. Maisonneuve*. De la Coxalgie. Paris 1844, pag. 7.

²⁾ *Campers* kleine Schriften ins Teutsche übersetzt von Herben. Leipzig 1784. Bd I. St. 2. pag. 108. Ueber das Hinken der Kinder.

med troakar. *Portal*¹⁾ förlade det primära uppträdandet af sjukdomen till det intraartikulära fettet, den s. k. ledkörteln. Genomdränkt af skrofulös materie skulle denna körtel tillsvälla, förhårdna och drifva ledhufvudet inifrån utåt, hvarigenom en förlängning af extremiteten nödvändigt måste uppkomma. Från denna kroniska skrofulösa form af höftlidande afskiljde *Portal* de mera akut uppkommande former, vid hvilka ett trauma föregått och en verklig inflammation i leden förfans; han påstod, att det intraartikulära fettet vore ett ställe, der metastaser äfven vid akuta sjukdomar kunde uppkomma.

Stödande sig på endast tre observerade fall, oppone-
rade *Desault*²⁾ mot den af *Petit* uttalade åsigten. Efter ett trauma mot leden, så ansåg denne författare, uppkom ej en exsudation, utan en tillsvällning af ledbråskan, hvilken framkallade en förlängning af extremiteten till dess att luxation inträdde. En naturlig följd häraf var, att någon möjlighet, att lyckas reponera ledhufvudet, ej förefans, och att i allmänhet hvarje terapi vore maktlös. Under det att ofvannämnda författare i allmänhet förlägga orsaken till ett höftledslidande i ledens mjuka delar och bråsket, utgör *Ford*³⁾ en representant för dem, som anse att det ursprungligen var ett benlidande, en kariös process, hvarmed ledaffektionen inleddes.

Ehuru *Boyer*⁴⁾ insåg det oriktiga i att använda namnet spontan luxation, luxation consécutive, för att beteckna ett höftlidande, då denna benämning endast uttryckte ett symptom och en följd af sjelfva sjukdomen,

¹⁾ *Anton Portal*, Observations sur la nature et le traitement du Rachitism etc., tysk öfversättning. Weissenfels & Leipzig 1798, pag. 199.

²⁾ Oeuvres Chirurgicales de *P. J. Desault*, par Xav. Bichat. Paris 1830. Tome I, pag. 422.

³⁾ *W. Roser*, Résumé der neuern Ansichten über Coxalgie, Archiv für physiolog. Heilkunde 1842. Bd. I, pag. 195.

⁴⁾ Leçon du C^{en} *Boyer* sur les maladies des os, redigées par Richerand. Paris 1803. Tome II, pag. 146.

följde han dock samma betraktelsesätt som hans föregångare. Han åtskiljde två slag af luxation, skilda genom beskaffenheten af den organiska störing i leden, som framkallat densamma. Det ena slaget representeras af de fall, der den sjukliga störingen börjat med en tillsvällning af ledbråsket, såväl ledhufvudets som höftpannans, eller ock af det i bottnen af pannan belägna fettlagret. I de sjukdomsfall åter, som räknas till det andra slaget, förekomma som orsak till luxationen en kariös process i ledpannan eller lårbenshufvudet. Dessa båda former försökte *Boyer* äfven kliniskt afskilja. I de fall, der en åkomma i de mjuka delarne framkallat luxationen, kan i början af sjukdomen en förlängning af den sjuka extremiteten uppvisas, hvaremot, om en benprocess föregått, någon förlängning af benet als ej uppkom. I hvardera fallen måste luxationen alltid stå i förening med en förkortning af benet, utom då en luxation framåt och nedåt inträdde, något som dock ytterst sällan hände. Om ett trauma vanligen hos en frisk person framkallade ett höftlidande, gjorde det detta, enligt *Boyers* åsigt, i ännu högre grad hos skrofulösa individer, hos hvilka hufvudsakligast nämnda lidande äfven förekom.

Emot benämningarna frivilligt haltande och spontan luxation opponerade äfven *Ficker*¹⁾ och ansåg, att namnet höftledsinflammation bättre motsvarade sjukdomens natur. Genom sammanstötande yttre och inre omständigheter, dels trauma, dels allmänna sjukliga störingar som skrofulos, gikt, feber, akuta infektions sjukdomar m. m. uppkommer, enligt *Ficker*, i höftleden en inflammation, hvilken har sitt säte i alla ledens delar och småningom utdrifver ledhufvudet ur pannan. Att barn vore utsatta för denna sjukdom, höll han för naturligt, då i synnerhet

¹⁾ Preisfrage, worin besteht eigentlich das Uebel, das unter dem sogenannten freywilligen Hinken der Kinder bekannt ist? beantwortet von *W. A. Ficker*. Wien 1807, pag. 11.

hos dem alla betingelser för uppkomsten af dylika förändringar förefunnos. I enlighet med sina föregångare förklarade *Ficker* de vid höftlidande uppkomna ställningsanomalierna i den angripna extremiteten.

Genom *Bell*¹⁾ hade den kroniska fungösa ledgångsinflammationen, tumor albus, blifvit indelade i tvenne olika former, en rheumatisk utgående från de mjuka delarne i leden, och en skrofulös med benepifyserna som utgångspunkt. Om det ock i sjukdomens början vore lätt, att kliniskt afskilja dessa båda former, skulle enligt *Bell* i ett mera framskridet stadium hvardera formerna så sammanfalla, att en differentialdiagnos dem emellan vore svår ja omöjlig. Särskildt framhöll han den skrofulösa formens elakartade natur.

*Ehuru Rust*²⁾ ej helt och hållet kunde frigöra sig från uppfattningen af höftlidandet som en spontanluxation, har dock hans framställning af nämnda sjukdom varit af ett ofantligt inflytande på uppfattningen af densamma under långa tider, ja nästan till den tid som är. I likhet med *Bell* skilde han mellan tvenne slag af tumor albus. Den rheumatiska från de mjuka delarne utgående formen ansåg han icke förekomma i höftleden, utan endast den genom en affektion af bensystemet uppkommande, hvilken han benämnde coxarthrocace. Benämningen luxatio spontana förkastade han som alldeles olämplig. Genom hvilken orsak ledgångslidandet än må framkallas, vare sig af yttre våld, eller på grund af skrofulos, rachitis, miasmatiska eller andra inflytanden, begynte coxarthrocacen alltid med en inflammations process i ledgångshufvudets kärlrika substans, det s. k. periosteum internum. Under denna tid befinner sig sjukdomen i det första stadiet, då någon annan förändring i den angripna ledgången, än

¹⁾ *Benjamin Bell*, A Treatise on the theory and management of ulcers. Edinburg 1779, i tysk öfversättning, Leipzig 1792, pag. 285.

²⁾ *J. N. Rust*, Arthrokakologie, oder über die Verrenkungen durch innere Bedingung. Wien 1817.

styfhet vid rörelse, ej märkes, hvilket gör att åkomman därför äfven ofta i början blifvit förbisedd. — Inflammationsprocessen i lårbenshufvudet öfvergår i en caries centralis, caput femoris volym tilltager småningom, så att för det samma plats ej mera finnes i acetabulum, utan utdrifves småningom ur densamma, under hvilken tid, motsvarande sjukdomens andra stadium, benet på den angripna sidan är förlängdt samt utåt roteradt. En stark spänning uppkommer i muskler och nerver, hvarigenom ett nytt symptom, smärtan i knät tillkommer. Derjemte tillsvälla lymfkörtlarna i ingvinalvecket och muskulaturen på öfverbenet begynner atrofierna. Om sjukdomen i detta stadium ej får nödig behandling, inträder, med symptom af förkortning i den sjuka extremiteten, det tredje stadiet. Denna förkortning är vanligen en följd af luxation, men kan äfven framkallas af en höggradig kariös förstöring af ledgångshufvudet och höfpannan. Dock ansåg *Rust*, att redan under det andra studiet en förkortning kunde uppkomma beroende af en usur i öfre pannväggen. Sedan leden i dess helhet blifvit indragen i den sjukliga processen, stora kariösa förstöringar af pannan jemte abscesser och fistlar uppstått, är höftlidandet i stadium exulcerationis, det fjerde af *Rust's* stadier. Oaktadt en mängd orsaker kunde framkalla detta lidande, ansåg *Rust* dock, att skrofulosen vore den viktigaste etiologin för uppkomsten af coxarthrocace, hvilken hufvudsakligast förekom hos barn.

Sin åsigt om coxarthrocacen frångår *Rust* senare till en viss grad. Då en artikelförfattare i *Rust's Handbuch der Chirurgie* ¹⁾ angrep denna ensidiga uppfattning, föranledde detta *Rust* att förklara, att, om ock en caries centralis företrädesvis förekom, obduktions resultat öfvertygat honom om förekomsten äfven af en caries periferica. Att höftlidandet äfven kan ha sitt ursprung i de mjuka partierna i leden medgaf *Rust*, men säger, att man då ej

¹⁾ Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie, herausgegeben von *J. N. Rust*. Berlin & Wien 1830. Bd. II, pag. 306, 328 o. 342.

mera har att göra med en coxarthrocace utan en fungus articuli. — Dessa båda lidanden vore väl till sin form lika, men till sitt egentliga väsen fullkomligt skilda.

Brodie ¹⁾, som egnat höftledens sjukdomar ett omfattande studium, afskilde såväl patologiskt-anatomiskt som kliniskt tre olika former af höftleds inflammation. Den form, som har sitt primära säte i synovialmembran, och utmärker sig genom en abnorm ansamling af synovia och en förtjockning af ledkapseln, förekommer icke så ofta i höftleden, samt karakteriseras genom en i början af sjukdomen häftig smärta, som i regeln lokaliserar sig i höftleden, sällan i knät. Vanligtvis utgår ett höftledslidande, enligt *Brodie's* åsigt, ur en sjuklig förändring i ledgångsbråskan, hvarifrån sedermera den patologiska processen öfvergår på underliggande ben, hvilka eroderas. Vid denna form åter uppträder smärtan, i motsats mot hvad som var fallet vid den synoviala, ytterst lindrigt i början, men tilltager i intensitet under sjukdomens vidare förlopp, och kännes dels i ryggen, dels i knät, ja ända ned i foten, och förökar sig isynnerhet vid rörelse i leden. Den svullnad, som vid den förstnämnda formen uppkom i leden och glutealtrakten, saknas helt och hållet vid denna form, der något exsudat i leden ej anträffas. *Brodie's* tredje form af höftlidande sammanfaller med den af *Rust* beskrifna arthrocacen, utgången från den spongiösa ben-substansen. Vid denna form vore smärtan ytterst ringa, deremot ledens omgifning betydligt svullen. Detta tredje slag ansåg nämnda författare för mycket sällsynt, jämfördt med den form, som utgick ur ett bråsklidande.

Från äldsta tider hade den uppfattning bibehållit sig, att då i början af en ledgångsinflammation i höften en förlängning af benet på den sjuka sidan förmärktes, denna vore reel och uppkommen, som ofvan nämnts, an-

¹⁾ *J. C. G. Fricke*, *Annalen des Hamburger Krankenhauses* 1833. Band II, pag. 25.

tingen genom en synovia-ansamling i leden, eller genom tillsvällning af mjuka delarne i ledens inre, bråsk eller ben, eller ock genom en uttänjning och slapphet i ledkapseln, hvarigenom ledhufvudet småningom utträdde ur pannan. Så snart detta förhållande inträdt, uppkom naturligtvis, utom i de sällsynta fall der en luxation nedåt inträffade, alltid en förkortning af benet, då ledhufvudet befann sig ofvanför och bakom ledpannan. Väl framhölls af en del författare, att en förkortning vore möjlig utan en uppkommen luxation genom en usur af öfre bakre pannväggen, mot hvilken ledhufvudet trycktes genom muskelverkan. (*Rust, Boyer*).

Brodie ¹⁾ ådagalade, att om man uppmäter afståndet mellan spina ilei ant. sup. och knäskålen, detta på hvardera sidan är lika långt, och att således någon verklig förlängning af benet ej förekommer. Denna vore endast skenbar, samt uppkommen genom en lutning af bäckenet, hvilket ej mera, som vid normal tillstånd är fallet, står vinkelrätt mot ryggraden. Äfven varnade *Brodie* ²⁾ för att antaga hvarje förkortning som verklig, då detta symptom ofta kan uppkomma genom en höjning af bäckenet på samma sida, der den sjuka höften är belägen, om hvilket förhållande man äfven lätt kunde öfvertyga sig genom mätning. Dock kunde en verklig förkortning, på grund af en kariös förstöring i pannan samt äfven genom luxation, uppkomma.

Likasom *Rust* ensidigt ville härleda hvarje höftlidande från en benaffektion i lårbenshufvudet, förfäktade *Dzondi* ³⁾ en åsigt, enligt hvilken ledbanden alltid vore de, som först angrepos, och förstöringarne i bendelarne endast af sekundär beskaffenhet. *Chelius* ⁴⁾ ansåg, att så-

²⁾ l. c. pag. 46.

³⁾ l. c. pag. 60.

³⁾ *C. H. Dzondi*, Lehrbuch der Chirurgie. Halle 1824, pag. 509.

⁴⁾ *M. J. Chelius*, Handbuch der Chirurgie. Heidelberg & Leipzig 1828, Bd. I, Abth. I, pag. 135.

väl bråsk, ben som kapsel kunna vara utgångspunkt för höftlidandet, de båda förstnämnda dock vanligast, och *Coulson* ¹⁾ sökte bevisa, att lig. teres. vore det primära stället för nämnda affektion.

I likhet med *Bell* beskref *Vidal de Cassis* ²⁾ tvenne slag af tumor albus, hvilken affektion han benämnde „dégénérescences des articulations“ till skilnad från en benignare form af samma ledgångslidande, uppkommen i följd af yttre våld, penetrerande sår m. m. Dessa båda slag, den rheumatiska och den skrofulösa, förekomma isynnerhet i höftleden. Att tuberkler i benet ofta framkallade en „dégénérescence“ i leden påpekade *Vidal* särskildt, hvilket han ansåg bevisas af att det i synnerhet vore hos barn, ett höftlidande uppträdde.

Bland de första, som på experimentel väg sträfvade att bevisa riktigheten af *Brodie's* åsigter om att förlängningen af benet vid ett höftlidande vore skenbar, var *Fricke* ³⁾, och efter honom följde en rad af epokgörande undersökningar på detta område. Han uttog på lik ledhufvudet från pannan, omband detsamma med tygstycken eller fylde acetabulum med charpi. I hvardera fallet fann han, att någon förlängning als icke uppkom. Då *Fricke* derefter företog uppmätning af hvardera benen hos patienter, som ledo af en höftledsinflammation, fann han sina undersökningar besannas. Han fann till och med hvarje gång, att en reel förkortning förelåg, hvarför han uttalade den åsigt, att vid en verklig inflammation i höftleden aldrig en förlängning af benet uppkom, men deremot alltid en reel förkortning. Denna var, enligt *Fricke's* åsigt,

¹⁾ *W. Coulson*, On the disease of the hip-joint. London 1837, ref. i *Analakten des Chirurgie von Blasius u. Moser*. Berlin 1838, Bd. II. Heft I, pag. 113.

²⁾ *Vidal de Cassis*, Traité de pathologie externe. Paris 1839. Tome II, pag. 399.

³⁾ *J. C. G. Fricke*, Coxalgie und coxarthrocace, *Annalen des Hamburger Krankenhauses*. 1833. Bd. II, pag. 21.

framkallad genom muskelverkan, hvarvid ledhufvudet tryckes mot bakre öfre pannväggen, hvarom han äfven på experimertel väg lyckades öfvertyga sig genom att med stor kraft utöfva tryck mot hvardera trochanter major. Hvad skilnaden mellan en skenbar och en reel förkortning af benet beträffar, anslöt *Ficker* sig till samma åskådnings-sätt som *Brodie* (se ofvan). Dessa alla undersökningar gälde dock endast coxarthrocace, den ena af de båda grupper, i hvilka *Fricke* delade höftledens sjukdomar, och hvilken utmärkte sig genom en uti ledens inre belägen akut eller kronisk inflammationsprocess. Den andra formen coxalgien skulle utgå från de leden omgifvande muskler och nerver och karakteriseras bland annat deraf, att aldrig en förkortning men väl en reel förlängning kunde uppkomma. Coxalgien kunde öfvergå i coxarthrocacen, liksom äfven hvardera formerna samtidigt uppträda.¹⁾

Denna egendomliga åsigt om ett yttre och ett inre höftlidande har i allmänhet vunnit föga understöd, dock hafva *Maisonneuve*²⁾ och *Phillips*³⁾, om ock med reservation, anslutit sig till densamma.

Epokgörande voro *Bonnet's*⁴⁾ undersökningar om ledgångarnes sjukdomar i allmänhet och speciellt höftledens. De affektioner som förut blifvit benämnda tumor albus, arthrocace o. s. v., delades af *Bonnet* i tre sjukdomsgrupper: fungösa tumörer, abscesser i leden och ledtuberkulos. Som orsak till uppkomsten af dessa olika former af ledgångsaffektioner framhåller *Bonnet* i främsta rummet en exsudation af plastisk lymfa i ledgångens skilda

¹⁾ l. c. pag. 69.

²⁾ *J. G. Maisonneuve*, De la coxalgie. Paris 1844, pag. 23.

³⁾ *Phillips*, Clinical observations on hip diseases. London med. Gaz. Juli 1848, enl. Canstatt's Jahresberichte 1848. II, pag. 115.

⁴⁾ *A. Bonnet*, Traité des maladies des articulations. Paris & Lyon 1845. Tome I & II.

delar. ¹⁾ Denna lymfa organiserar sig och ger upphof icke blott till de olika väfnader som karakterisera den fungösa formen, utan kan äfven blifva säte för en tuberkleruption eller sönderfalla i var. Dessa olika förändringar vore beroende af de skilda inom organismen befintliga diateser, dock var skilnaden ej så skarpt markerad, att ej en eller flere samtidigt kunde hafva sitt säte i samma ledgång, om de ock ofta förekommo hvar för sig. Speciellt gälde detta sammanträffande vanligast de purulenta och tuberkulösa formerna. Att ledgångs bråsk och ligament kunde vara utgångspunkt för dessa ledgångslidanden förnekade *Bonnet*, som ansåg, att endast benen, synovialmembran eller cellväfven „tissus cellulaire“ vore det primära sätet för affektionen. I dessa olika väfnader kunde fullkomligt likartade processer uppkomma. Ett nära sammanhang antog *Bonnet* att existerade mellan tuberkler i lungorna och dessa ledgångslidanden; sällan anträffades lungtuberkulos samtidigt med den fungösa inflammationen, men deremot så godt som utan undantag vid de två öfriga formerna.

Hvad särskildt höftleden vidkommer, återfans uti denna samma sjukdomsformer som i öfriga ledgångar.

För att förklara de vid höftlidandet uppkommande olika ställningsanomalierna i extremiteten, gjorde *Bonnet* injectionsförsök i sjelfva leden. Dervid konstaterade han ²⁾, att, sedan ledkapseln fylts med vätska, en flexion uppkom i leden jemte abduktion och rotation utåt, vid hvilket tillstånd således den största kapacitet i leden fans. Då kapseln har en olika grad af eftergifflighet, hvilken var minst uppåt och utåt deremot störst nedåt och inåt, följde häraf, att, då vid injection den inre nedre delen af femurhufvudet mest aflägsnades från pannan, en abduktionsställning

¹⁾ l. c. Tom I pag. 198.

²⁾ l. c. Tom II pag. 261.

uppkom. Sedan emellertid kapseln perforerat, inträdde adduktion. Genom *Garins* ¹⁾ undersökningar hade konstaterats att de fibrösa trådarne i kapseln löpte spiralformigt uppifrån och bakifrån, nedåt och utåt. Vid injectioner i leden utvecklade sig således denna vridning i kapseln, hvaraf en utåt rotation uppkom. På grund af dessa mekaniska förhållanden, samt som en följd af det läge den sjuke intog, förklarade *Bonnet* de vid höftledssjukdomar uppträdande ställningsanomalierna. En reel förlängning af benet förnekade han. Hvarje förlängning vore skenbar och beroende af bäckenlutning. Förkortningen kunde vara skenbar, genom bäckendeviation, eller ock reel, på grund af usur i femurhufvudet, i ledpannan eller i följd af en luxation. Denna *mekaniska* teori, för att förklara de olika ställningarna i den angripna extremiteten vid höftlidanden, har sedermera ytterligare blifvit utvecklad af flere experimentatorer på detta område. *Maisonneuve*, ²⁾ som i patologiskt-anatomiskt afseende anslöt sig till den af *Bell* framställda teorin om de kroniska ledgångsaffektionerna, repeterade *Bonnets* försök och med samma resultat. Särskildt framhöll han, att anhopning af fungösa massor i leden åstadkom samma effekt som vätskeansamlingar. I samma riktning gingo äfven *Dittels* ³⁾ experiment. Genom injektions försök konstaterade han riktigheten af *Bonnet's* resultat, samt framhöll speciellt „detorsion“ i kapseln. Praktiskt försökte *Bauer* ⁴⁾ öfvertyga sig om riktigheten af den mekaniska teorin, genom att vid höftledsinflammationer med exsudatansamling med troa-

¹⁾ *A. Bonnet* l. c. Tom II pag. 266.

²⁾ l. c. pag. 42.

³⁾ *Dittel*. Experimentelle Studien über die Stellung bei Hüftgelenkentzündung. Zeitschuft der Wiener Aerzte 1856. pag. 665.

⁴⁾ *Louis Bauer*. Hip. diseases. A lecture delivered at the long island college Hospital Brooklyn 1859. Canstatts Jahresberichte 1859. Bd. III pag. 145.

kar uttaga vätska ur leden, och fann då, att den ställningsanomali, som funnits, upphörde i den mån exsudatet minskades.

För att mekaniskt uppvisa orsaken till den under senare delen af ett höftlidande uppkommande ställningsanomalin d. v. s. adduktion och rotation inåt i förening med flexion i höftleden, försökte *Busch* ¹⁾ efterhärma de patologiska störingarne i leden, genom att från anatomiska präparat aflägsna tillhörigt stora stycken af såväl pannan som lårbenshufvudet. Han trodde sig kunna konstatera, att ju större förstöringen var i bäckenet, ju mindre usuren i ledhufvudet, desto lättare inträdde inåt rotation och adduktion. Som ett nödvändigt vilkor fordrades dock, att lig. teres skulle vara afslitet. Den förändrade ställningen af benet vore framkallad genom spänning i ligg. iliofemorale och zonale, af hvilka det förra, enligt *Busch's* åsigt, likasom vid en traumatisk luxation, spelade en stor rol. Jemte denna mekaniska teori för att förklara de vid ett höftlidande uppkommande kontrakturerna i leden, hyllades af andra kirurger den s. k. *reflexteorin*.

Då ett retningstillstånd uppkom i leden genom en inflammation i densamma eller dess omgifning, uppstod på nervös grund en reflektorisk kontraktion i de leden omgifvande musklerna, tills dessa bragte leden i den för patienten minst smärtsamma ställning. Anhängare af denna teori voro: *Stromeyer* ²⁾, *Schuh* ³⁾, *Lorinser* ⁴⁾, *Heiden-*

¹⁾ *W. Busch*. Beitrag zur Kenntniss der Contracturen im Hüft- und Kniegelenke, etc. Arch. f. Klin. Chir. Bd. IV 1863 pag. 53.

²⁾ *Louis Stromeyer*. Beiträge zur operativen Orthopädik. Hannover 1838 pag. 114.

³⁾ *Schuh*. Erörterung einiger Punkte über Coxalgie. Zeitschrift der Wiener Aertze 1847. Schmidts Jahrbücher 1847 N:o 59 pag. 79.

⁴⁾ *Lorinser*. Zeitschrift der Wiener Aertze 1848. cf. *Heidenreich* l. c. p. 10.

reich ¹⁾, *Erichsen* ²⁾. Äfven *Malgaigne* ³⁾ anslöt sig till densamma.

Naturligt är, som *Volkmann* ⁴⁾ säger, att ett så kompliceradt förhållande som detta ej ensidigt kan förklaras endast enligt den ena eller den andra af dessa teorier. Lika visst som icke de af *Bonnet* vunna resultaten kunna lämnas utan beaktande vid förklaring af detta förhållande, lika säkert är det, att de ensamt ej utgöra en tillfyllesgörande förklaring, utan måste afseende fästas vid det genom smärtan i leden uppkommande irritamentet.

I nära sammanhang med frågan om ställningsanomalierna och deras orsak står frågan, om den vid höftlidandet uppkommande förlängningen och förkortningen af benet är verklig eller blott skenbar. Anhängarne af såväl den mekaniska som reflexteorin hyllade den redan af *Brodie* uttalade åsigten, att en verklig förlängning ej uppkom, utan vore hvarje förlängning af benet skenbar och framkallad af bäckensänkning, ehuru uppkomsten af en om ock minimal förlängning ej helt och hållet förnekades (*Dittel, Volkmann*). Utom den genom en bäckenhöjning uppkommande skenbara förkortningen, kunde en reel dylik framkallas genom benusur i ledhufvud och panna samt genom en luxation (*luxatio iliaca.*).

Parise ⁵⁾ angaf utförligt, hvilken ställning benet borde intaga, för att exakta måttbestämningar kunde erhållas. För att få en säker kännedom om ledhufvudets normala

¹⁾ *F. W. Heidenreich*. Die Verkürzung des Schenkels im Hüftgelenke. Ansbach 1852, pag. 8.

²⁾ *John Erichsen*. The science and art of Surgery. London 1857 pag. 675.

³⁾ *M. Malgaigne*. Coxalgie. Gazette des Hopitaux 1848. N:o 137, pag. 548.

⁴⁾ *R. Volkmann*. Die Krankheiten der Bewegungsorgane. *Pitha u. Billroth*, Handbuch der allg. und spec. Chirurgie. Erlangen 1865, Bd. II, 2, 1, pag. 536.

⁵⁾ *Parise*. De l'allongement et du raccourcissement du membre inf. dans la Coxalgie. Revue Medical 1843. Tome II, pag. 406 o. Tome III, pag. 255.

läge i förhållande till pannan, uppvisade *Roser*¹⁾ och *Nèlaton*²⁾, att en linie dragen från spina ilei ant. sup. till tuber ischii, hvilken linie äfven benämnts efter nämnda kirurger, skär ledpannan. Såsnart spetsen af trochanter major öfverstigit denna linie, hade en rubbning af det normala lägeförhållandet i leden inträdd.

I samma riktning gå de af *Büchring* gjorda bestämningarna. Jemte det han uppvisade betydelsen af den *Roser-Nèlatonska* linien,³⁾ angaf han ett sätt för att genom vinkelmått bestämma graden af kontraktur i höftleden. Genom att observera det förhållande, uti hvilket lårbenets riktningslinie stod till den ofvan nämnda *Roser-Nèlatonska* linien, försökte *Lorinser*⁴⁾ angifva ställningsanomalins storlek, äfvensom den grad af förlängning och förkortning, som möjligen förekom. *Giraud-Teulon*⁵⁾ väckte uppmärksamheten på den förut rådande osäkerheten vid bestämmandet af abnorma lägeförhållanden i den afficerade extremiteten vid coxit. Han föreslog en geometrisk metod för erhållandet af noggranna mått, genom att fastställa tre gifna punkter: spina ossis pubis, tuber ischii och condylus externus femoris.

Med benämningarna coxitis, coxalgia m. m. förstods i allmänhet den fungösa höftledsinflammationen, en tumor albus coxæ, ehuru en del författare t. ex. *Boeckel*⁶⁾

¹⁾ *W. Roser*. Archiv für physiologische Heilkunde 1852. Bd. V. pag. 143.

²⁾ *A. Nèlaton*. Sur quelques signes diagnostiques etc. Gaz. des Hôp. 1852. N:o 29. Canstatts Jahresberichte 1852. III. pag. 180.

³⁾ *J. J. Büchring*. Zur Pathologie und Therapie der Krankheiten des Hüftgelenkes. Berlin 1852, pag. 54.

⁴⁾ *Lorinser*. Die Messungen des Schenkels als Mittel zur Erkenntniss etc. Wiener Zeitschrift. April 1853. Canstatts Jahresberichte 1853. III, pag. 204.

⁵⁾ *Giraud-Teulon*. Considerations geometriques propres à preciser etc. Gaz. med. de Paris 1854. N:o 37—48. Canstatts Jahresberichte 1854. III. pag. 132.

⁶⁾ *Eug. Boeckel*. Conférences cliniques de la coxalgie. Gazette méd. de Strasbourg 1864. N:o 1.

uppfattade med namnet coxalgie alla sjukliga störingar i höftleden med undantag af den kongenitala och den traumatiska luxationen. Dock beskrefvos ofta akuta och kroniska fall om hvarandra utan någon klinisk åtskilnad. Genom *Smith*¹⁾ och *Wernher*²⁾ hade den under namn af *malum senile coxæ* hos åldringar förekommande deformerande höftledsaffektionen blifvit afskild som en sjukdomsform för sig. Då emellertid den på skrofulös grund hvilande höftledsinflammationen ej blef kliniskt skild, utan sammanförd med andra slag af ledgångslidanden i höften, var det naturligt, att någon enhetlig uppfattning ej kunde uppstå om denna sjukdoms patologiskt-anatomiska natur. Hvad särskildt utgångsstället i leden för de sjukliga förändringarna beträffade, herskade ytterst stridiga åsigter. Den gamla redan af *Bell* framställda teorin om två slag af tumor albus egde, äfven hvad höftleden beträffade, till en del gällande kraft. Frågan var blott den, hvilkendera formen som oftare uppträdde, den från de mjuka delarne i leden utgående, s. k. rheumatiska, eller den primärt osteala, skrofulösa.

Så var, för att anföra några exempel, *Aston Key's*³⁾ åsigt, att coxiten utgick från det kärlika ligamentum teres, hvilken åsigt delades af en mängd isynnerhet engelska kirurger. Som ofvan nämndes hyllades den af *Coulson*⁴⁾. *Blackburn*⁵⁾ och *Bauer*⁶⁾ anslöto sig äfven till denna uppfattning, ehuru den senare dock medgaf, att äfven

¹⁾ *R. W. Smith.* Dubln Journal 1834, se *W. Roser.* Arch. f. physiolog. Heilkunde. Bd. I. 1842. pag. 218.

²⁾ *Wernher.* *Malum senile coxæ.* Original uppsats i Schmidt's Jahrbücher. 1836. Bd. XII. pag. 98.

³⁾ *Holmes Coote.* On joint Diseases. London 1867 pag. 119.

⁴⁾ l. c. pag. 115 och Lancet 1854. Canstatts Jahresberichte 1855, III, pag. 155.

⁵⁾ *Blackburn.* The Cyclopedia of pract. surgery etc. London 1841. Canstatts Jahresberichte 1842. Bd. I pag. 220.

⁶⁾ l. c. Canstatts Jahresberichte 1859.

synovialmembran och ben kunde vara utgångsställen för sjukliga störingar, hvardera dock ytterst sällan, isynnerhet det senare.

Holmes Coote ¹⁾, som specielt framhöll den skrofulösa formen af höftlidande hos barn, förklarade dess ursprung alltid vara en affektion af femurhufvudets spongiösa substans. Äfven *Bryant* ²⁾ var af samma åsigt. *v. Pitha* ³⁾ deremot ansåg, att den största sannolikhet fanns för antagandet af den skrofulösa höftledsaffektionen hos barn som en primärt synovial affektion.

Allmännast var dock den åsigt, att den fungösa höftledsinflammationen, i en del fall begynte som ett primärt synovial lidande, i andra åter hade sitt ursprung i en osteomyelit i öfre femurepifysen, eller i ledpannan, i den senare dock sällan. Den allt mera allmänvordna höftledsresektionen spridde i synnerhet genom talrikt utförda tidiga resektioner ljus öfver dessa förhållanden. I den mån man begynte studera de i patologiskt afseende olika formerna af coxit, gjorde sig behovet gällande att genom yttre kliniska symptom söka afskilja patologiskt-anatomiskt olika grupper från hvarandra. Ty icke blott i prognostiskt, utan äfven i terapeutiskt afseende ansågs det af vigt att kunna göra en differentialdiagnos i detta syfte.

Ofvan har redan blifvit nämndt, att *Brodie* kliniskt afskilde tvenne former af höftlidande. Ett af de tidigaste försök i denna riktning gjordes af den engelska kirurgen *Erichsen* ⁴⁾. Tre former, en utgående från de mjuka delarne i leden („arthritic“), en femoral och en acetabulär, söker nämnde författare att åtskilja.

¹⁾ *Holmes Coote*. On joint discases. London 1867 pag. 119.

²⁾ *Th. Bryant*. On hip diseases. Med. Times and Gazette 1869. Juli—Okt. Canstatts Jahresberichte 1869. II, pag. 374.

³⁾ *v. Pitha*. Entzündung des Hüftgelenke. Wiener med. Wochenschrift 1867. N:o 1 & 6.

⁴⁾ l. c. pag. 671.

Den förstnämnda formen, som enligt *Erichsen* utgår ur kapsel, synovialmembran, bråsk eller lig. teres, dock vanligtvis ur det bråsk, som bekläder femurhufvudet, börjar oftast under formen af en akut ledgångsinflammation. En häftig smärta isynnerhet i sjelfva leden karakteriserar denna form. Extremiteten, som är abducerad och utåt roterad, visar stundom en reel förlängning, beroende af att kapseln är förslappad och ledhufvudet aflägsnadt från pannans botten, i följd af en intraarticulär samling af exsudat, hvilket slutligen kan förorsaka en luxation af femurhufvudet. Dock är den sjukliga processen ej hela tiden begränsad till de mjuka delarne, utan angriper äfven skelettet, jemte det sänkningsabscesser uppkomma. Om ock i en del fall en restitutio ad integrum är möjlig, är prognosen dock ganska dålig, isynnerhet hos skrofulösa individer samt hos barn.

Den acetabulära formen, hvilken *Erichsen* ansåg vara den prognostiskt sämsta, utmärker sig genom häftig smärta i ledens omgifning, deremot ej i denna sjelf, samt genom bäckenabscesser, hvilka öppna sig antingen under ligamentum pauptii, vid rectum, eller genom foramen ischiadicum sänka sig nedåt låret. Förstöringen i pannan tilltager, så att ledhufvudet genom denna kan intränga i bäckenet. Någon förlängning af extremiteten skulle ej förekomma vid denna form. Med den vanliga beskrifningen öfver den kroniska höftledsinflammationen sammanfaller *Erichsens* framställning af den tredje eller femorala formen. Efter ett begynnelsestadium med haltning, följer det andra stadiet med flexion, adduktion och utåt rotation utan reel förlängning. Den sjuka anger, jemte smärta vid tryck mot leden framifrån samt vid trochanter major, äfven smärta i knät på samma sida, som höftleden är angripen. Snart uppkomma abscesser i gluteal trakten samt vid musculus pectineus. Den ofvannämnda ställningen

i benet förändrar sig. Jemte flexion inträder adduktion och rotation inåt; dessa ställningsanomalier förklarade *Erichsen*, som ofvan nämndes, såsom en följd af muskelverkan. Stora kariösa förstörelser uppkomma i öfre delen af femur, hvilka slutligen kunna ha till följd, att ledhufvudet luxeras ur pannan. Denna form af höftlidande skulle hufvudsakligast förekomma hos barn. Sin indelning i olika former tillämpade *Erichsen* vid coxitens terapi och föreslog en olika behandling, beroende af den olika form, som förelåg.

*Labbé*¹⁾, som utförligt refererat *Erichsens* arbete, medgaf vigten af en noggrann kännedom om de olika formerna af höftledslidande såväl i prognostiskt som terapeutiskt syfte. Dock ansåg han sig icke någonsin hafva kunnat konstatera riktigheten af *Erichsens* resultat, oakadt han gjort talrika såväl kliniska och pathologiskt-anatomiska undersökningar.

*Barwell*²⁾ beskref två former af höftlidande, en synovial och en osteal. Vid den förra formen uppkom smärtan i höftleden samtidigt med det den sjuka begynte halta. Svullnad och ömhet lokaliserade sig vid trochanter major samt i ljumsken; deremot framkallades ingen smärta, då ledytorna tryktes mot hvarandra. Först under ett mera framskridet stadium af sjukdomen tillkom smärta i knät, hvilken enligt *Barwells* åsigt vore ett tidigt symptom vid den osteala formen samt isynnerhet plågsam om natten. I de primärt osteala fallen skulle svullnad och ömhet saknas vid trochanter major och i ljumsken, hvarest lymfkörtlarna vore förstörade. Ett tryck af ledytorna mot hvarandra medförde för den sjuka smärta.

¹⁾ *Leon Labbé*, De la Coxalgie. Paris 1863, pag. 90.

²⁾ *R. Barwell*, Lectures on the natural history and treatement of Hip-joint diseases. Lancett 1862, vol. II, pag. 557.

Hufvudsakligast med stöd af *Bonnet's* och *Parise's* åsigter, indelade *Martin* och *Collineau*¹⁾ höftledsinflammationen — coxalgien — i tvenne hufvudgrupper, en kapsulär eller perikapsulär och en intrakapsulär eller osteal. Då det vid injektions försök i höftleden hade visat sig, att benet på den injicerade sidan intog en ställnings anomali, karakteriserad genom flexion, abduktion och utåt rotation, drogo nämnda författare deraf den slutsatsen, att hvarje höftlidande, der ofvannämnda ställnings anomali förekom, vore ett primärt kapsellidande. Den osteala formen åter skulle utmärkas genom en adduktion och rotation inåt. Hvilketdera benet, femur eller acetabulum, som var sätet för den primära benprocessen, upplysa *Martin* och *Collineau* icke, utan säga, endast, att förstöringarna i leden vanligtvis äro större i bäckenets ben än i lårbenet. En öfvergång från den perikapsulära till den intrakapsulära osteala formen var möjlig genom en sekundär förstöring af benen, och denna öfvergång utmärktes genom förändring af benets ställning. Den benaffektion, som gaf upphof till den osteala formen, var antingen en enkel osteit, tuberkulos eller, ehuru sällan, cancer i benet. *Martin* och *Collineau*, som anslutit sig till uppfattningen af två slags tumor albus²⁾, tyckas hafva gjort sin indelning mera på grund af teoretiska slutsatser, än med stöd af klinisk erfarenhet.

*Blasius*³⁾ förkastade därför helt och hållet den af ofvannämnda kirurger gjorda indelningen i tvenne former. Såväl patologiskt-anatomiskt som kliniskt afskilde han, i likhet med *Erichsen*, tre slag af höftledsinflammation, en synovial, en femoral och en acetabulär; den sista benämnde han bäckencoxit. En femurcoxit karakteriserades

¹⁾ *Martin et Collineau*, De la Coxalgie. Paris 1865.

²⁾ l. c. pag. 229.

³⁾ *E. Blasius*, Beiträge zur Lehre von der Coxalgie. Arch. f. klinische Chirurgie Bd XII. 1871, p. 238.

genom ett akutare förlopp, tidigt uppkommande fistlar, samt yttre symptom, liknande dem vid en lårbenshalsfraktur med förkortning af extremiteten. Den synoviala formen skulle utmärkas genom ett långsammare förlopp och sent uppträdande fistlar. En luxation antydde tillvaron af en femurcoxit; en usur och förstoring af pannan, „Pfannenwanderung“, åter talade för förekomsten af den synoviala formen. Några kliniska kännetecken, som skulle karakterisera bäckencoxiten, anföras ej af *Blasius*.

Det var ett från älsta tider observeradt förhållande, att hufvudsakligast skrofulöst belastade barn hemföllu åt den under namn af luxatio spontanea eller consecutiva, frivillig haltning, coxitis, coxalgie m. m. kända sjukdomen. Den af *Bell* införda benämningen af skrofulös tumor albus för de former af nämnda ledgångslidande, der den sjukliga processen haft sitt ursprung i benen, antogs i allmänhet och har delvis bibehållit sig ända till senaste tid. Uti de obduktionsberättelser, som åtfölja en mängd anförda sjukdomshistorier hos författare på detta område, framhålles den samtidigt med höftlidandet förekommande tuberkulösa förstoringen, vanligast af lungor, men äfven af andra inre organ.

Det var *Laënnec*, som i början af detta århundrade egnade lungtuberkulosen ett grundläggande studium. Med det nyvaknade lifvet på den patologiska anatomins område, var det naturligt, att äfven ett studium af de sjukliga förändringarna inom ledgångarna skulle ge svar på mången hittills olöst fråga. *Rokitansky's* ¹⁾ undersökningar öfver tuberkulos i synovialmembran infalla samtidigt med *Nelaton's* ²⁾ studier af den osteala tuberkulosen, af hvilken han särskilde två slag, en tuberkulös infiltration i

¹⁾ *Carl Rokitansky*, Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. Wien 1844. Bd. I, pag. 339.

²⁾ *A. Nélaton*, Elemens de Pathologie chirurgicale. Paris 1847. Tome II, pag. 62 o. 195.

bensubstansen och en hårdvis uppträdande form — „enkysté“. Denna senare forms benägenhet att, då den är belägen i epifyserna, intränga i leden och gifva upphof åt en tumor albus, framhölls af *Nelaton*. Visserligen förnekade en del patologer, bland dem *Förster*¹⁾ helt och hållet förekomsten af en tuberkeleruption i synovialmembranen. Äfven *Gurlt*²⁾ säger, att tuberklernas sjelfständiga existens i ledgångsepifyserna helt och hållet bör betvivlas. Bland fransoserna har deremot den synoviala och osteala tuberkulosen haft försvarare. Som redan nämndes räknade *Bonnet*³⁾ ledgångstuberkulosen till en underafdelning af tumor albus. *Croque*⁴⁾, som egnat de fungösa ledaffektionerna en noggrann undersökning, behandlar utförligt tuberkulosen såväl i bensystemet som i synovialmembranen.

*Virchow*⁵⁾ anslöt sig till de af *Rokitansky* och *Nelaton* uttalade åsigterna, hvad förekomsten af tuberkler i ledgångarna beträffar. Han beskref den tuberkulösa osteomyeliten i ledgångsepifyserna och dess perforation i ledgången, liksom äfven synovialtuberkulosen, hvarigenom tvenne skilda slag af ledgångstuberkulos uppkom. Om ock sålunda förekomsten af tuberkler vid tumor albus var konstaterad, så ansågs ingalunda hvarje fungös ledgångsaffektion vara af tuberkulös natur. Så framhåller t. ex. *Volkmann*⁶⁾, att han endast i sex fall lyckats kon-

1) *A. Förster*, Handbuch der allg. pathologischen Anatomie. Leipzig, 1865. Bd. III, pag. 988.

2) *E. Gurlt*, Beiträge zur vergleichenden patholog. Anatomie der Gelenke. Berlin 1853, pag. 63.

3) l. c. Bd. I, pag. 199.

4) *J. Croque*, Traité des Tumeurs blanches. Bruxelles 1854, pag. 59.

5) *R. Virchow*, Die Krankhaften Geschwülste. Berlin 1864. Bd. II, pag. 652 o. 710.

6) *Pitha-Billroths* Handbuch pag. 543 o. 544.

statera rikligheten af *Rokitanskys* åsigt om en synovialtuberkulos. För öfrigt ansåg han, att till och med en akut arthromeningit under ogynnsamma förhållanden kunde antaga karaktären af en fungös ledgångsinflammation.

Förtjensten att till först hafva uppvisat den fungösa ledaffektionens tuberkulösa natur tillkommer *Köster*¹⁾. Genom mikroskopisk undersökning af fungösa granulationer från synovialmembranen, från ledgångsepifyserna, ja till och med från fistelgångar och periartikulära abscesser, fann *Köster*, att i dessa regelbundet förekom en ofantlig mängd miliära tuberkler. Att *Köster* ej undersökt fall, hvilka kunna hänföras under benämningen miliartuberkulos i leden, framhåller han särskildt. Alla af honom undersökta ledgångslidanden vore att räknas till de rent fungösa inflammationerna, hvilka uppstå sjelfständigt och icke nödvändigtvis äro beroende af en tuberkulös dyskrasi. Detta senare förhållande tror han relativt sällan ega rum. Slutligen gör *Köster* sig den frågan, huruvida de af honom funna bildningarna kunde vara identiska med vanliga miliära tuberkler, hvilken fråga han besvarar jakande. *Kösters* upptäkt emottogs med en viss reservation och man afskilde de s. k. kösterska knutarne („*Köstersche Knötchen*“) som någonting skildt för sig²⁾. *König*³⁾ ansåg, att de af *Köster* uppvisade knölarna icke vore identiska med de vid synovialtuberkulos uppkommande miliära tuberklerna. Äfven *Hueter*⁴⁾ anslöt

¹⁾ *K. Köster*, Ueber fungösen Gelenkentzündung. Virchows Archiv 1869, Bd. XLVIII, pag. 95.

²⁾ *R. Volkmann*, Ueber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen. Sammlung klin. Vortr. N:o 168—169. Leipzig 1879, pag. 17.

³⁾ *König*, Ueber den Befund miliärer Knötchen in fungösen Gelenken und deren Klinische Bedeutung. Berliner klinische Wochenschrift 1871. N:o 20.

⁴⁾ *C. Hueter*, Klinik der Gelenkkrankheiten. Berlin & Leipzig 1876. Th. I, pag. 82.

sig icke fullständigt till *Kösters* åsigt. Det är först på experimentel väg frågan, huruvida de uti granulationerna vid en fungös ledgångsinflammation funna knutarne vore af verkligt tuberkulös natur, fått sin slutliga lösning. De af *Schüller*¹⁾ utförda ympningsförsöken på djur hafva gifvit de afgörande bevisen. Efter att hafva infört i djurkroppen tuberkulösa väfnader från lungor, skrofulösa körtlar, lupusmassor, äfvensom granulationer från fungösa ledgångar och sålunda infekterat djuret, lyckades *Schüller* genom ett trauma mot leden i densamma framkalla en typisk fungös eller granulös ledgångsinflammation med såväl härddar i de närmast ledgången belägna epifyserna, som fungösa aflagringar på sjelfva synovialmembranen. Då *Schüller* i sina präparat fann talrika samlingar af micrococcus ansåg han denna bakterie art vara patogen. Liknande experiment hafva äfven blifvit utförda af *H. Hueter*²⁾, *Fehleisen*³⁾ m. fl. med samma resultat. Väl höjdes röster emot detta ensidiga sätt att förklara hvarje fungös ledgångsaffektion vara af tuberkulös natur; så *Lücke*⁴⁾, *Sonnenburg*⁵⁾ m. fl.. *Schüller*⁶⁾ invände härtill, att det på intet sätt vore hans åsigt, att förklara hvarje hyperplastisk ledgångsaffektion som tuberkulös. Äfven

¹⁾ *Max. Schüller*, Experimentelle Untersuchungen über die Genese der scrofulösen und tuberculösen Gelenkentzündungen. Central bl. f. Chir. 1878, N:o 43 och 1879, N:o 19.

„ „ Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Entstehung und Ursachen der scrofulösen und tuberculösen Gelenkleiden. Stuttgart 1880.

²⁾ *H. Hueter*, Die experimentelle Erzeugung der synovitis hyperplastica granulosa etc. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. XI, 1879.

³⁾ *Fehleisen*, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. XIV, p. 583. Bd. XV, p. 184. 1882.

⁴⁾ *Lücke*, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1881 Bd. XIV, pag. 407.

⁵⁾ *E. Sonnenburg*, Bedeutung der Tuberceln bei fungösen Knochen und Gelenkentzündungen. Archiv f. Klin. Chir. 1881. Bd. XXVI, pag. 789.

⁶⁾ *Max. Schüller*, Die Aethiologie der kronischen Knochen und Gelenkkrankheiten. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1881. Bd. XIV, pag. 385.

andra orsaker kunna framkalla dessa dylika ledgångslidande, men en sålunda uppkommen ledgångsinflammation kan kliniskt väl skiljas från den tuberkulösa.

Efter det *Koch* ¹⁾ upptäckt tuberkelbacillen, lyckats uppvisa dess patogenitet samt äfven funnit denna mikro-organism vid fungösa ledaffektioner, dröjde det ej länge, innan vidtomfattande undersökningar utfördes på detta område, hvarvid riktigheten af *Kochs* undersökningar konstaterades (*Schuchart, Krause* ²⁾, *Müller* ³⁾).

Det är med ofvananförda patologiska och kliniska erfarenheter till grund som läran om den fungösa ledgångsaffektionen i allmänhet och dermed äfven den fungösa höftledsinflammationen fått sin egentliga utbildning. Äran häraf tillkommer i främsta rummet de tre nordtyska kirurgerna *C. Hueter, Volkmann* och *König*. Som en sjelfständig sjukdomsgrupp bland höftledsinflammationerna beskref *Hueter* ⁴⁾ den primära osteala coxiten i barnåldern. „Die Gelenkenzündungen der Hüfte sind im kindlichen Alter in überwiegender Mehrzahl primär osteale Entzündungen“, säger han och tillägger, att denna sats förtjenar att sättas i spetsen för hvarje beskrifning öfver coxitens väsen. Enligt *Hueter* är det i öfvervägande antal fall ur femurhufvudet, som processen utgår. Orsaken härtill vore att söka i en större fysiologisk retning, i en lifligare tillväxts intensitet i nämnda benparti, än i höftpannan. Derjemte ansåg *Hueter*, att acetabu-

¹⁾ *R. Koch*. Die Aethologie der Tuberkulose. Berliner Klinische Wochenschrift. 1882. N:o 15.

²⁾ *K. Schuchart* und *F. Krause*. Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen bei fungösen und scrofulösen Entzündungen. Fortschritte der Medicin. Bd I. 1883. N:o 9.

³⁾ *W. Müller*. Ueber den Befund von Tuberkelbacillen bei fungösen Knochen und Gelenkaffektionen. Centr. bl. f. Chirurgie 1884. N:o 3.

⁴⁾ *C. Hueter*. Klinik der Gelenkkrankheiten. Leipzig 1877. Bd. II pag. 319.

lum var bättre skyddadt för yttre insulter, än femurhufvudet. Den kroniska höftledsinflammationen, sålunda utgången ur en osteomyelit i femurhufvudet, bestämmes till sin patologiska natur genom beskaffenheten af det benlidande, som framkallar densamma.¹⁾ Detta jemför och likställer *Hueter* med det benlidande, som ligger till grund för den under namn af spina ventosa kända osteomyelitiska processen i mellanhandbenen hos barn. Han särskiljer tre olika slags osteala processer: osteomyelitis hyperplastica, granulosa, suppurativa.

Förekomsten af en primär synovit eller ett primärt benlidande i pannan förnekade han dock icke helt och hållet och framhöll, att de i pannan förekommande osteomyeliterna vore analoga med dem i femurhufvudet. Dessa *Hueters* teorier angreps häftigt af *Albert*.²⁾ Han säger att samma bevisföring, som *Hueter* användt till förmån för förekomsten af den primärt osteala coxiten med femurhufvudet till utgångspunkt, äfven kan användas för att försvara det under barnåren uppkommande höftlidandets synoviala ursprung. Frågan, hvarifrån processen i regeln utgår, lemnade *Albert* obesvarad. Han framhöll, på grund af förekomsten af tuberkler lokalt i leden, sammanhanget mellan en coxit och en allmän tuberkulos, liksom äfven den vanliga kombinationen af ett höftlidande och en skrofulös diates. Af en omgestaltande betydelse har *Volkmann's* arbete:³⁾ „Ueber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen“ varit. Då han uti ett tidigare arbete⁴⁾ förklarar, att vid en fungös ledgångsinflammation de mjuka delarne och särskildt syno-

¹⁾ Denna åsigt har *Hueter* äfven tidigare framhållit, se Archiv f. Klin. Chir. 1866. Bd. VII. pag. 215.

²⁾ *E. Albert*. Pathologie und Therapie der Coxitis. Wiener Klinik 1876. Heft. 8 & 9.

³⁾ Sammlung klinischer Vorträge herausgegeben von *R. Volkmann*. N:o 168 & 189. Leipzig 1879.

⁴⁾ i *Pitha-Billroth's* Handbuch der Chirurgie. 1, pag. 521.

vialmembranen oändligt mycket oftare vore utgångsstället för den sjukliga processen än benen, hyllade han i ofvannämnda arbete en motsatt åsigt. „Die fungösen Gelenkentzündungen beginnen also gewöhnlich, und bei Kindern so gut wie ausnahmslos nicht als arthropatien sondern als osteopathien.“ Det vore ostiga eller tuberkulösa osteomyelitiska härdar som framkallade ledgångslidandet. Som ett locus prædilectionis för uppkomsten af dylika härdar, nämnde *Volkmann* collum femoris, som mycket oftare är angripet än sjelfva ledhufvudet. Men ingalunda sällan ha dessa osteomyelitiska härdar sin plats i pannan, ehuru de blifvit förbisedda vid resektion, förklarade såsom varande af sekundär natur, och sjukdomsfall, der dylika förekommit, hänförts till de primära synoviterna. Dock bestrider *Volkmann* ingalunda förekomsten af en primärt synovial form af den fungösa arthriten.

En från *Volkmann* något afvikande åsigt hyllas af *König*¹⁾, som säger sig redan länge hafva ansett, att led-fungus var lokal tuberkulos. Svårigheten att vid en resektion med säkerhet afgöra, från hvilken del af leden den sjukliga processen utgått, var ganska stor, då ofta den del af bensystemet, der en möjligen förekommande härd haft sitt läge, redan indragits i den destruktiva processen. I nästan halfva antalet fall af höftlidanden anser han, att den synoviala formen förefinnes.

Den af dessa tre kirurger *Heuter*, *Volkmann* och *König* utbildade läran om den tuberkulösa coxiten, begynte småningom vinna anhängare äfven annanstädes. *Albert*²⁾ säger: „Coxitis in Kindesalter ist Lokaltuberculose“, och antager som utgångspunkt för densamma antingen femurhufvudet, ledpannan eller synovialmembranen.

¹⁾ *E. Albert*. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Wien 1885. Bd. IV pag. 333.

²⁾ *F. König*. Die tuberculose der Gelenke. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. XI. 1889. p. 531.

I Frankrike var länge, hvad höftledssjukdomarna beträffar hos en del kirurger den af *Bell* framhållna åsigten om tvänne slag af tumor albus rådande (*Gaillard, Verneuil*.²⁾) *Verneuil* antog jemte dessa båda former ännu förekomsten af en tredje den s. k. spasmodiska coxalgien, hvilken väl är att betrakta som en ledgångs neuros eller en hysterisk höftaffektion. *Guerin's* egendomliga åsigt var, att coxalgien i början af sitt uppträdande vore att anses som ett dynamiskt lidande utan något inflammatoriskt tillstånd i leden, en „organisk paralyse.“ — Särskildt är *Verneuil* en ifrig anhängare af den skrofulösa coxiten och framhåller isynnerhet dess förekomst hos barn, då deremot de andra formerna anträffas hos fullvuxna. Dock ansåg han sig icke kliniskt kunna skilja den reumatiska och den skrofulösa formen från hvarandra. *Giraldes*¹⁾ åter föreslog en indelning i en synovial och osteal form.

I hufvudsak anslutande sig till den af *Volkman* (se ofvan pag. 31) uttalade åsigten, ansåg *Ollier*²⁾ dock, att nämnde författare gått för långt, då han velat förklara hvarje fungöst höftlidande för en primär osteopathi. Tvärtom trodde *Ollier*, att de primärt tuberkulösa synoviterna icke voro så sällsynta, om ock ganska ofta en benhård, tuberkulös eller icke tuberkulös, i collum femoris framkallade höftledsinflammationen. Af 17 fall, som han resecerat, hade i två den primära benhärden haft sitt läge i ledpannan.

En ifrig anhängare af den infantila coxitis tuberkulösa natur är *Lannelongue*. Uti ett af honom inspirerad arbete af *Simonneaux*³⁾ refereras fall, der vid tidigt in-

¹⁾ Kritischer Bericht über den neueren französischen Arbeiten über Coxalgie. Schmidt's Jahrbücher 1866 pag. 78--193.

²⁾ *L. Ollier*. De la resection de la Hanche. Revue de Chir. Tome I. 1881 p. 384.

³⁾ *L. Simonneaux*. Des signes et du traitement de la coxalgie tuberculeuse du début chez l'enfant. Thèse de Paris. 1883.

träffade dödsfall hos personer, behäftade med ett tuberkulöst höftlidande, tuberkulösa benhärdar hade anträffats i öfre lårbenepifysen.

Den 1881 i London sammanträdande komitén ¹⁾, bestående af framstående engelska kirurger (*Bryant, Croft, Holmes, Mac Cormac* m. fl.), som hade sig den uppgift förelagd att afgöra om värdet af och indikationerna för en resektion af höftleden hos barn, upptog äfven till behandling frågan om skrofulos och tuberkulos i förhållande till höftledsinflammationen hos barn. Någon bestämd åsigt om detta sistnämnda förhållande uttalades ej, utan lämnades frågan öppen, „sub judice.“

En i hufvudsak med denna öfverensstämmande åsigt hyllades äfven senare af *Croft*, ²⁾ som trots mikroskopisk undersökning af präparat från kroniska höftlidanden hos barn, icke kunnat öfvertyga sig om nämnda lidandes tuberkulösa natur, utan jemte en tuberkulös form, äfven antog förekomsten af en skrofulös samt en enkel kronisk höftledsinflammation.

¹⁾ The british medical. Journal 1881. May 28. pag. 856.

²⁾ *John Croft*. Hip joint disease and its early treatement. The british med. Journal 1885. Juny 6, pag. 143.

K a s u i s t i k.

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
I. N:o 337. 1883.	A. K. 14 år, torparens son från Esbo. Intagen på sjukhuset ²⁶ / ₇ .	Sedan slutet af juni (hvilket år?) har pat. lidit af trötthet vid gående, samt känsla af domning i venstra benet. Derpå uppkom värk i venstra höft- och knälederna samt oförmåga att gå.	Pat. är blek och mager. Inga uppvisbara förändringar från inre organ.	Venstra benet flekteradt i höft och knälederna, abduceradt och utåt roteradt. Pat. är på grund af smärta oförmögen att stöda på venstra benet. ³⁰ / ₉ . Vid palpation af bäckenet kännes en uppdrifning af venstra sidan ofvanom lig. poupartii. — Troch. major sin. 1 ctm. ofvanom Roser-Nèlatonska linien. Venstra benet 1 ctm. kortare än det högra, (sp. il. ant. sup. — capitulum fibulae).
II. N:o 432. 1883.	M. J. 12 år, torparens dotter från Elimä, intagen på sjukhuset ⁶ / ₁₀ .	För ett och ett halft år sedan uppkom utan känd orsak smärta i venstra höften och trötthet vid gående; de senaste månaderna inträdde derjämte oförmåga att röra sig.	Skäligen godt. Urinen albuminfr.	Venstra benet abduceradt, lindrigt flekteradt i höftleden och utåt roteradt. Trochanter major i Roser-Nèlatonska linien. — Ingen längdolikhet i extremiteterna vid mätning (sp. il. ant. sup. — malleol. ext.) — Lindrig uppdrifning i trakten under lig. poupartii beroende af svullna lymfkörtlar, stark smärta då caput fem. tryckes mot acetabulum äfvensom vid passiv rörelse i höftleden. ¹¹ / ₁₁ : Svullnad och ömhet vid trochanter major.
III. N:o 174. 1884.	M. B. 5 år, intagen på sjukhuset ³ / ₃ .	Affektionen ett år gammal; förut behandlad med gipsförband. Då vid trochanter major en svullnad utbildat sig, intogs pat. på sjukhuset.	Pat. är blek och klen. Urinen albuminfr.	Högra benet i fullkomligt normalt läge. Ingen kontraktur i höftleden. Den passiva rörligheten ganska väl bibehållen; en uppdrifning finnes vid troch. maj.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion ¹ / ₁₀ .	Ledgångshufvudet nästan oangripet; förstöringar i ledpannan, hvarifrån sequestrar, hörande till os ischii, uttogos.	Tuberkulös höftledsinflammation utgående från <i>hårdar i acetabulum</i> .	Pat. afled ³¹ / ₁₁ . Vid obduktion befunnos: acetabulum utan broskbeklädnad med kariös botten; föga uppdrifning af benen i omgifningen af höftpannan, som ej perforerat i bäckenet. Allmän miliär-tuberkulos i lungor, njurar, mjelte, lever; tuberkulösa sår i tarmkanalen och blåsan; mesenterial-körtlarne starkt förstörade och ostigt degenererade.
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion ¹³ / ₁₁ .	Brosket på caput femoris löst, ställvis perforerat. I caput fem. vid vidfästningsstället för lig. teres en utbredd kariös förstöring af benet, sträckande sig kilformigt ända in mot epifysbråsket i femurhufvudet. Troch. major af lös konsistens. Stora kariösa förstöringar af acetabulum isynnerhet bakåt och nedåt i den af os ischii bestående delen. Ledinnehållet seropurulent med ostiga flockar.	Tuberkulös höftledsinflammation utgående från en <i>osteit i ledpannan</i> .	
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion ⁴ / ₃ .	Ingen nämnvärd utgjutning i kapseln, som var glatt och jemn. I öfre delen af femur diafysen strax nedanom epifysen på inre sidan, anträffades en osteal hård, hvilken utbredd sig till trochanter major och ledgångshufvudet, hvars bråsk var afstött.	Tuberkulös höftledsinflammation utgående från en <i>osteal hård i öfre delen af femur diafysen</i> .	

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokal symptom.
IV. N:o 198. 1884.	M. K. 4 $\frac{1}{2}$ år, skeppareson från Wederlaks, intagen på sjukhuset $2\frac{1}{3}$.	Enligt de sparsamma anamnestiska uppgifter, som erhållits, skall pat. för ett halft år sedan börjat halta.	Pat. är ytterst klen, mager och blek. Baktill i venstra lungan höras rassel.	Högra benet höggradigt flekteradt ända upp mot buken. Vid undersökning i kloroform narkos finnes ledgångshufvudet dislocerat. Högra benet 1 ctm. kortare än det venstra (spin. il. ant. sup. — malleolus extr.)
V. N:o 364. 1884.	E. E. 14 år, skolelev från Kristina socken, intagen på sjukhuset $17\frac{1}{7}$.	För nio månader sedan uppstod smärta i venstra höfttrakten i förening med svårighet att gå. Under vårvin-tern uppkom smärta hufvudsakligast i venstra knät; sedan maj månad har pat. varit sängliggande. För fyra veckor sedan uppstod svullnad i höfttrakten.	Ganska godt.	Venstra denet flekteradt i knä och höftlederna och lindrigt utåt roteradt. Den passiva rörligheten i höftleden något inskränkt samt förenad med häftig smärta; obetydlig smärta vid försök att brifva ledhufvudet in i acetabulum. Svullnad af degig konsistens i venstra höfttrakten mest framträdande nedan om trochanter major; vid främre delen af låret fluktuation.
VI. N:o 482. 1884.	G. A. F. 13 år, skomakareson från Lojo, intagen på sjukhuset $1\frac{1}{10}$.	Affektionen, som daterar sig från februari 1884, begynte plötsligt med ömhet i venstra höftleden. Efter kall vattenbehandling inträdde förbättring till för fyra veckor sedan, då en häftig värk i venstra höftleden instälde sig.	Pat. är anämisk.	Venstra benet starkt flekteradt i höftleden, adduceradt och inåt roteradt, inqvinäl körtlarne på venstra sidan tillsvällda; stark ömhet och smärta vid försök att närma ledytorna till hvarandra. Den aktiva rörligheten inskränkt, den passiva normal; bäckenkörtlarna normal. $\frac{5}{2}$ 1885. En sänkingsabscess har uppkommit vid främre delen af leden.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis dextr.</i>	—	Ledhålan helt och hållet fylld med en vitgul massa. Caput skrofligt, saknande delvis broskbeklädnad, benväfnaden på dessa ställen karierad. Acetabulum i sin bakre och undre del karieradt, samt kommunicerande genom ett ärtstort hål med en i trakten af incisura ischiadica major befintlig håla af ett större plommons storlek, fylld af en liknande detritusmassa, som ledhålan. De omgifvande mjuka partierna svåligt förtjockade. Bäckbenbenen vid acetabulum sköra.	Tuberkulös höftledsinflammation utgången från en <i>osteal process i ledpannans ben.</i>	Död den 24/4 1884. Obdukt. diagnos: Coxitis dextr., Tuberculosis pulmon., hepatitis, lienis, renum, glandular. lymph. bronchialium et mesaraicarum. Ulcera jejun, ilei, coli.
<i>Coxitis sin.</i> <i>Osteitis femoris sin.</i>	27/10. Utskrapning af en osteal hård 1 1/2 ctm. under trochanter major sin.	I öfre delen af femur var benmärgen i en utsträckning af 4 à 5 ctm. förvandlad till en ostig massa. I öfre delen af caput en nöstör uppmjukad benhård, kommunicerande med leden. Bråsket på caput och i acetabulum förstördt. I botten af pannan en defekt af 1 ctm:rs diameter.	Tuberkulös höftledsinflammation utgången från en <i>osteal hård i öfre femurepifysen.</i>	Död 3/11 1884. Obdukt. diagnos: Osteomyelitis tuberculosa femoris sin. et coxitis sin. tuberculosa cum abcess. periarticular. Osteitis tuberculosa vertebr. lumbal. V c. abscess. retroperitoneal., tuberculosis pulmonum, renum, hepatitis, lienis.
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion 5/2 1885.	Caput femoris till större delen usurerad, i undre bakre delen af collum fem. en stor benhård, nedre delen af acetabulum karierad.	Tuberkulös höftledsinflammation med en <i>osteal hård i öfre delen af femur.</i>	

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
VII. N:o 500. 1884.	J. O. L. 7 år, arbetareson från Kärkölä, intagen på sjukhuset ⁷ / ₁₀ .	Senaste vår begynte pat. halta, samt klaga öfver smärta i högra knäleden; sedan två veckor är han oförmögen att gå utan kryckor.	Pat. är anämisk. Från inre organ intet anmärkningsvärdt. Urinen albuminfri.	Högra benet abduceradt, utåt roteradt och flekteradt i höft- och knälederna. Troch. maj. ej uppdrifven. Högra inqvinale vecket fyligare än det venstra, hudvenerna i hypogastrium utvidgade; såväl inqvinale som isynnerhet lumbalkörtlarne på samma sida förstörade, samt väfnaderne i omgifningen af de senare något uppdrifna. Infiltration i trakten bakom troch. maj. Vid passiv rörelse af såväl höft som knälederna samt vid tryck mot troch. maj. känner pat. en betydlig smärta hvilken han förlägger i knätrakten. ¹² / ₅ 1885. Troch. maj. dextr. 1 ctm. ofvanom Roser-Nelatonska linien; i högra fossa iliaca en fluktuerande uppdrifning.
VIII. N:o 537. 1884.	A. E. 12 år, smed-dotter från Svartå, intagen på sjukhuset ⁷ / ₁₁ .	Affektionen, ett år gammal, har begynt med haltning på grund af smärta i höftleden. Sedan två månader är pat. oförmögen att röra sig utan i förening med stor smärta. I högra knät har pat. aldrig känt smärta.	Mycket godt.	Högra benet lindrigt adduceradt. Svullnad i höfttrakten mest vid trochanter major. Smärta vid tryck mot trochanter major, deremot ej vid tryck mot leden framifrån. Ingen ben-skrapning vid rörelse. ²¹ / ₃ 1885. Afståndet mellan trochanter major, och ledytan af condyl. ext. femoris nästan lika på hvardera sidan. Trochantermajor dextr., belägen 1,5 ctm. ofvanom Roser-Nelatonska linien, kännes uppdrifven. Högra benet omkr. 2 ctm. kortare än det venstra (spin. il. ant. sup — malleol. extern.). ² / ₆ 1885. Strax nedanför spin. ilei ant. sup. dextr. har uppkommit en abscess. ¹⁵ / ₆ . En varsänkning i högra genito-cruralvecket.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkingar.
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 12/5 1885.	Acetabulum usurerat, ur hvilket åtskilliga sequestrar aflägsnades. Ledpannnans plats intages af en 5 ctm. vid öppning i bäckenet. Vid tryck på den fluktuerande uppdrifningen i fossa iliaca uttömmes genom öppningen i bäckenet var.	Tuberkulös höftledsinflammation utgången från en <i>osteal process i ledpannan</i> .	
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 3/7 1885.	Caput, collum och trochanter major karieserade, hvilket äfven är fallet med öfre delen af femur diafysen under afmejslingsstället. Benmärgen i öfre delen af lårbenet röd, sönderflytande, kortikalsubstansen skör.	Tuberkulös höftledsinflammation, der den destruktiva processen skridit så långt, att <i>intet med säkerhet kan afgöras om ledgångslidandets ursprung</i> .	Död 5/4 1886. Obduktions diagnos: Osteitis ossis femoris et ossium pelvis dextr. Coxitis. Tuberculosis pulmonum. Degeneratio amyloidea renum et hepatis et lienis. Oedema cerebri et piae matris.

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
IX. N:o 84. 1885.	H. E. A. 2 år, bondeson från Lampis, intagen på sjukhuset ¹¹ / ₁ .	Affektionen i knäleden sedan föregående sommar, höftleden senare angripen.	Svag kropps-konstitution.	Högra benet flekteradt och adduceradt. Höft- och knälederna betydligt svullna. Öfver- och underbenets muskulatur atrofisk. ¹ / ₅ . En hönsäggstor svullnad öfver troch. maj. på yttre sidan af os ilei, sträckande sig ända upp till höftbenskammen. Vid glutealveckket en mindre fluktuerande prominens.
X. N:o 111. 1885.	E. M. F. 7 år, torparedotter från Pernå, intagen på sjukhuset ²⁴ / ₁ .	Efter ett trauma i slutet af juni föregående år inträdde lindrig haltning, samt tidtals värk i högra öfverbenet. I december genomgick pat. en akut febersjukdom (antagligen scarlatina) och var derefter oförmögen att stöda på högra benet vid gående. Inga here-ditära anlag.	Pat. är klen och mager.	Högra benet flekteradt och inåt roteradt (venstra benet flekteradt abduceradt och utåt roteradt). Troch. maj:s spets 2,5 ctm. ofvanom Roser-Nèlatonska linien, bägge benens verkliga längd lika. Svullnad och ömhet vid tryck mot troch. maj. samt smärta vid slag mot knät. Rörligheten i leden tämligen fri i narkos.
XI. N:o 157. 1885.	H. B. E. 11 år, intagen på sjukhuset ²⁴ / ₂ .	För fyra år sedan insjuknade pat. med smärta i venstra knät. Senaste juni tillkom svullnad å venstra lårets öfre del; för sex veckor sedan öppnade sig fistlar på yttre sidan af låret.	Pat. är klen och mager. Urinen albuminfri.	Venstra benet flekteradt i höftleden, adduceradt och inåt roteradt. Svullnad samt ömhet vid trochanter major, hvars spets är belägen ofvanom Roser-Nèlatonska linien. Främre och bakre delen af leden ömmande vid tryck. Venstra ingvinalveckket betydligt fylligare än det högra. På yttre sidan af venstra låret finnas strax ofvanom midten tre fistlar.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledeus beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis dextr. Tumor albus gen. dextr.</i>	Resektion $\frac{4}{6}$.	Femurhufvudet kariöst till största delen förstördt. I nedre bakre delen af collum femoris på gränsen till trochanter major en ärtstor hård. I acetabulum fungösa granulationer. Sänkningsabscesser såväl vid troch. maj. som vid inre bakre sidan aflåret. (En stor intermuskulär håla, fylld med tunt var och ostiga flockar, sträckande sig framför leden och bakåt till troch. maj., anträffas.). Den vid troch. maj. belägna abscessen kommunicerar med leden.	Tuberkulös höftledsinflammation med en <i>osteal hård i collum femoris</i> .	
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion $\frac{8}{5}$.	På caput femoris, som är betydligt usurerad, „facetteradt“, observeras en ytlig hård på dess bakre undre sida, diafysärt om epifyslinien. Caput och collum bilda med troch. maj. en vinkel mindre än en rät; acetabulum usurerad, betydligt förstöradt uppåt och bakåt.	Tuberkulös höftledsinflammation uppkommen ur en <i>hård i collum femoris</i> .	
<i>Coxitis sin. Panarthritidis suppurat. art. coxae sin.</i>	Resektion $\frac{26}{2}$.	Caput femoris nästan öfver hela dess yta förstördt, i synnerhet i dess undre främre del. I främre delen af femurhufvudet strax bakom epifyslinien på gränsen till collum en osteal hård. I bakre nedre delen af acetabulum en kariös håla. I glutealtrakten mellan hud och muskler en stor sänkningabscess.	Tuberkulös höftledsinflammation med <i>osteala hårdar såväl i ledpannan som i lårbensepifysen</i> .	Död $\frac{6}{6}$. Obduktionsresultat saknas.

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
XII. N:o 180. 1885.	J. Y. 6 år, snickareson från Helsingfors, intagen på sjukhuset $\frac{9}{3}$.	Sedan mars 1883 har pat. haft smärtor i venstra knät samt haltat; i oktober samma år intogs han på sjukhuset under diagnos: coxitis sin. Derifrån utskrifven i maj 1884, begynte pat. klaga öfver smärtor i venstra höften, der äfven en långsamt tilltagande uppdrifning förmärktes vid troch. maj.	Pat. är skral och blek.	Venstra benet adduceradt, inåt roteradt och flekteradt i höftleden. Troch. maj. öfver Roser-Nèlatonska linien. Fluktuation kännes strax under densamma. Lymfkörtlarna i bäcknet på venstra sidan svullna och rörliga. Stark ömhet vid tryck mot höftleden.
XIII. N:o 250. 1885.	A. A. 19 år, torparedotter från Loppis, intagen på sjukhuset $\frac{9}{5}$.	Affektionen har varat sedan pat. var 3 år gammal och tillskrifves af henne ett trauma som orsak. Bland pat:s närmaste anhöriga finnes tuberkulos.	—	Högra benet adduceradt, inåt roteradt och flekteradt i höftleden. Ingen förskjutning af femur. Fullständig ankylos i höftleden förefinnes, så att utan våld i narkos någon rörelse ej kan utföras. Fistlar äro belägna på midten af lårets baksida, i lumbaltsakten, i högra ingvinalvecket, samt upptill vid främre delen af låret.
XIV. N:o 328. 1885.	K. F. S. 5 år, kruk-makareson från Tavastehus, intagen på sjukhuset $\frac{1}{7}$.	Efter ett trauma i december 1884 begynte pat. halta; har dock hela tiden varit i rörelse, de senastemånaderna endast krypande. Sedan två år finnes en fistel på halsen.	Pat. är klen och blek.	Högra benet flekteradt i höftleden och adduceradt. Svullnad och ömhet i höfttrakten. Trochanter major dextr. kännes uppdrifven. Hvardera benets längd (sp. il. ant. sup. — malleol. ext.) lika.

Klinisk diagnos	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion 11/3.	Caput fem. till största delen, samt delvis angränsande delar af collum förstörda, benmärgen i collum degenererad; processen har angripit acetabulum i hela dess utsträckning. Bäckenet perforeradt vid incisura acetabuli.	Tuberkulös höftledsinflammation af osäkert ursprung.	
<i>Anchylosis art. coxae sin. post coxitudinem. Osteitis colli femoris et ossis ilei sin.</i>	Resektion 30/5.	Sedan lårbenet afmejslats 6 à 7 ctm. nedanför troch. maj., måste caput och collum femoris bit för bit utmejslas, emedan dessa delar voro absolut fastläkta vid acetabulum. I collum fem. påträffas en osteal hård som genom caput fortsätter sig mot leden.	Anchylos i höftleden efter en tuberkulös höftledsaffektion, utgången ur en <i>osteit i collum femoris.</i>	
<i>Coxitis dextr. Spondylitis vert. V et VI cervicis.</i>	Resektion 13/12.	Periartikulära varhårdar. Caput femoris saknar broskbeklädnad och är till ungefär en tredjedel af sin volym förstördt, presenterande en eroderad jemn benyta. Acetabulum af samma utseende, saknande jemväl bråskyta. Kapseln fungöst förtjockad. Inga benhårdar anträffas vid genomsågandet af det resecerade benpartiet.	Tuberkulös höftledsaffektion af primärt synovial natur.	

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
XV. N:o 400. 1885.	M. B. 15 år, intagen på sjukhuset ¹⁶ / ₈ .	Sedan februari 1885 har pat. själf observerat, att hennes högra ben utan känd anledning intagit en abnorm ställning. I maj instälde sig smärtor i lumbaltrakten. Intet trauma föreligger.	Godt.	Högra benet svagt flekteradt, abduceradt och utåt roteradt. Hvardera benen lika långa; spetsen af trochanter major dextr. bakåt förskjuten, den normala prominensen vid detta ställe försvunnen och ersatt af en fördjupning. I narkos låter ledhufvudet lätt redressera sig. Lindrig ömhet vid starkt tryck mot trochanter major men ej vid stöt mot knät. Inga körteluppdrifningar i ingvinaltrakten. ³² / ₃ 1886. Trochanter major står högre på högra sidan än på venstra; högra benet 0,8 ctm. kortare än det venstra.
XVI. N:o 425. 1885.	J. S. 6 år, drängdotter från Ruovesi, intagen på sjukhuset ³⁰ / ₈ .	Enligt patientens egna uppgifter skall sjukdomen varat ett år, under hvilken tid fistlar uppstått på venstra öfverbenet.	Godt nutritions tillstånd.	Venstra benet flekteradt, i höftleden, adduceradt och obetydligt inåt roteradt. Trochanter major sin. står 3 ctm. ofvanom Roser-Nèlatonska linien. Venstra benet 2 ctm. kortare än det högra (sp. il. ant. sup. — malleol. extr.). Stark ömhet vid tryck mot troch. maj. och mot leden framifrån, samt då ledhufvudet stötes mot pannan genom slag mot knät. Venstra lårbenets öfre del förtjockad. Trakten bakom, ytterom och äfven framom leden infiltrerad. En fistel är belägen 3 à 4 ctm. nedan och bakom troch. major, ett ärr efter en dylik strax ofvanom nämnda ställe.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anato- misk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 23/3 1886.	Caput femoris på utan usurerad, inuti friskt; collum likaså. Benet på ett litet ställe i acetabulum blankt, för öfrigt friskt. Kap- seln förtjockad och svå- lig.	Tuberkulös höftledsinflam- mation af <i>pri- märt synovial</i> na- tur.	
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion 31/8.	Caput femoris till största delen förstördt, vid afmejsling af tro- chanter major påträff- as en kariös hård fram- till inåt. Acetabulum fylldt af svålig väfnad, bråsk och ben föga angripna. Fi- steln nedanför gluteal- vecket finnes leda till troch. maj.	Tuberkulös höftledsaffektion af primärt osteal natur, der den <i>osteala härden</i> haft sitt läge i <i>öfre delen af fe- mur.</i>	

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
XVII. N:o 511. 1885.	K. L. 7 år, bondedotter från Tammela, intagen på sjukhuset ^{28/10} .	Anamnesen otillförlitlig, då åkomans början förlägges till två veckor före intagningen, vid hvilken tidsmärkor uppstått i högra höft- och knälederna.	Pat. är ganska mager.	Högra benet flekteradt, i höftleden, adduceradt och inåt roteradt. De mjuka partierna öfver höftleden och troch. maj. uppdrifna. Pat. anger smärta såväl i höft som knälederna. Inga svullna lymfkörtlar i bäckenet ej heller i ingvinaltrakten. En reel förlängning af högra benet förefinnes, belöpande sig till 3 ctm.; hvardera underbenen nästan lika långa, så att förlängningen endast gäller högra lårbenet.
XVIII. N:o 193. 1886.	Z. M. 7 år, poliskommissarie-dotter från Åbo, intagen på sjukhuset ^{22/3} .	Förut vårdad på sjukhuset under diagnosen: „Abscessus femoris sin. tuberculosus (fr. ^{17/11} — ^{23/12} 1885). Pat. har haltat lindrigt till för två veckorsedan, då hon begynte känna häftig smärta i höftleden.	Klen kroppsbyggnad.	Venstra benet starkt flekteradt i höftleden. Trochanter maj. uppdrifven och starkt ömmande. På främre yttre sidan af femur ett djupt ärr. Rörligheten i leden fullkomligt fri (i narkos). Hvardera benet nästan lika långt.
XIX. N:o 363. 1886.	H. A. H. 7 år, prestson från Pielavesi, intagen på sjukhuset ^{8/7} .	Förut vårdad på sjukhuset 1882. Enl. då erhållen anamnes skulle pat. insjuknat vid nio månaders ålder, hvar efter en förkortning af högra benet uppkom. Seqvestrar hafva uttagits från lårbenets öfre del genom fistlar, som uppkommit småningom sedan 1885.	Pat. är medtagen, anämisk. Percussionstonen öfver venstra lungan kortare och högre än på högra sidan. Urinen albumin fri.	Högra benet flekteradt i höftleden och utåt roteradt; hvarken ab- eller adduceradt. Trochanter majors spets 2 ctm. ofvanom Roser-Nèlatonska linien. Den aktiva rörligheten i leden ingen, den passiva betydligt inskränt. 4 ctm. nedanför lig. poupartii på lårets främre inre sida en fistelöppning, samt strax bakom troch. maj. tvänne dylika.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis dextr.</i> <i>Osteitis tubercu-losa part. sup. femoris dextr.</i>	Resektion 7/12.	En mycket stor benhård med inneliggande lös seqvester påträffas på inre sidan af collum vid öfvergången till diafysen, upptagande nästan hela lårbenshal-sens volym. Denna hård har genom caput inåt perforerat i leden. Caput atrofiskt, med lös af granulationer under-minerad bråskbekläd-nad. Bråsket i aceta-bulum försvunnet, un-derliggande ben erode-radt. Kapseln och de periartikulära väfna-derna af nekrotiskt ut-seende. Vid genom-mejslingsstället af fe-mur påträffas en min-dre osteal hård.	Tuberkulös höftledsinflam-mation utgången ur <i>osteala här-dar i collum fe-moris.</i>	
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion 17/4.	På midten af caput fem. ett aflångt ytligt usurerad ställe. Led-hufvudet för öfrigt friskt. Öfre bakre de-len af pannan förstörd, i det närmaste perforerad. Kapseln dege-nererad.	Tuberkulös höftledsinflam-mation af <i>pri-märt synovial natur.</i>	Patientens fa-der dog i novem-ber 1886 i akut miliartuberku-los.
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 13/7.	Af collum femoris återstår endast ett litet stycke, af caput endast en, ett par ctm. lång, lös seqvester. På bakre sidan af femur nedanför troch. maj. finnes en osteal hård. Acetabulum friskt med undantag af ett litet blankt ställe i bakre nedre delen.	Tuberkulös höftledsinflam-mation med flere <i>hårdar i öfre de-len af femur.</i>	

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
XX. N:o 377. 1886.	J. R. G. 11 år, sjö- kaptens- son från Raumo, intagen på sjuk- huset ¹⁶ / ₇ .	Sedan sommaren 1885 har pat. haft smärtor i högraknät vid gående; från hösten samma år äfven smärtor i högra höften. En märkbar försämring har inträdt sedan början af detta år, då en svullnad uppstod i höfttrakten, hvar- est senare en fistel bildade sig.	Pat. är klen och mager. Från inre organ in- tet ab- normt. Urinen al- buminfri.	Högra benet flekteradt, abduceradt och utåt ro- teradt. Svullnad i höft- trakten och vid trochan- ter major. 7 ctmr. under denna finnes en fistel på lårets utsida. Benskrap- ning vid rörelse.
XXI. N:o 393. 1886.	A. F. J. 7 år, mjöl- nareson från Säaksmä- ki, inta- gen på sjukhu- set ²⁷ / ₇ .	Värk i venstra höftleden sedan ok- tober 1885. I bör- jan af 1886 uppstod en fistel vid öfre yttre sidan af venstra låret, senare en ny fistel nedanför den förra. Inga he- reditära anlag före- finnas.	Ej syn- nerligt medta- gen. Uri- nen albu- minfri.	Venstra benet abduce- radt, flekteradt i höftle- den samt något utåt ro- teradt. Stark ömhet vid tryck mot trochanter ma- jor samt vid stöt mot knät i lårbenets längdriktning. Trakten kring höftleden uppdrifven. Venstra be- net är 2 ctm. kortare än det högra. Nedåt och fram- åt från spetsen af trochan- ter major finnas tvenne fist- lar. Bäckenet kännes upp- drifvet i fossa iliaca sin.
XXII. N:o 440. 1886.	B. A. 12 år, sjö- mansson från Lapp- träsk, in- tagen på sjukhu- set ²⁵ / ₈ .	Förut behandlad på sjukhuset (¹⁰ / ₁ — ¹⁰ / ₁₁ 1884) för en kontraktur i högra höftleden. Våren 1885 uppstod svull- nad å yttre sidan af högra lårets öfre del, der tvenne fist- lar senare bildade sig.	Pat. är anämisk.	Högra benet flekteradt i höftleden, adduceradt och inåt roteradt. En fistel finnes omkring 4 ctm. un- der spetsen af trochanter major, som är belägen 3 ctm. ofvanom Roser-Néla- tonska linien. Högra be- net 2,5 ctm. kortare än det venstra (spin. il. ant. sup — malleolus externus.)

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 22/7.	I nedre bakre delen af collum och öfre delen af femur med hvarandra sammanhängande kariösa härdar. Ytan af caput femoris usurerad i nästan hela sin utsträckning. Ur acetabulum uthemtas tvänne sequestrar. I dess öfre del finnes en fingerända stor öppning. Ledkapseln höggradigt degenererad.	Tuberkulös höftledsinflammation med <i>osteala härdar såväl i ledpannan som i lårbenshufvudet.</i>	
<i>Coxitis sin. Osteitis tuberculosa os-sium carpi et metacarpi man. dextr.</i>	Resektion 20/9.	En större benhård påträffas i acetabulum, hvars bakre tredjedel är usurerad; en mindre perforation af ledpannan strax bakom midten. Caput, collum och troch. major femoris sin. uppmjukade. Ledhufvudets yta usurerad. Ledkapseln förtjockad, beklädd med gelatinösa massor.	Tuberkulös höftledsinflammation utgången ur <i>osteala härdar i ledpannan.</i>	Vid undersökning af var ur handleden anträffades tuberkercbaciller.
<i>Contractura coxæ post coxitudem. dextr. Osteitis tuberculosa calcanei dextr. Tuberculosis intestin. Cystitis tuberculosa.</i>	—	Vid genomskärning af högra coxan och femur äro såväl den, den förstörda caputs plats intagande collum, som acetabulum usurerade. Collum femoris inskjutet och förskjutet omkring 3 à 4 ctm. uppåt i acetabulum (hvars öfre rand blifvit fullkomligt förstörd) samt fästadt derstädes med bindväfsbildningar. Mellan de usurerade partierna af collum och acetabulum finnes en inkapslad nötstor hård, med ostigt sönderfallande innehåll.	Kontraktur i höftleden efter en tuberkulös höftledsinflammation utgången ur en <i>osteit i femurhufvudet.</i>	Död 20/10 1886. Obduktionsdiagnos: Tuberculosis pulmonum, intestinorum, hepatis, renum urethri, vesicæ urinar. vesicæ seminis sin. Osteitis tuberculosa calcanei et astragali dextr. Peritonitis purulenta. Heparadipos. Destructio coxæ post coxitudem tuberculosam.

År och Nummer.	Namn, ålder m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
XXIII. N:o 480. 1886.	E. R. 20 år, trädgårdsträng från Pojo, intagen på sjukhuset 24/9.	Förut behandlad på sjukhuset (14/9—8/12 1884) under diagnos: coxitis dextr. Pat. skall vid 17 års ålder begynt utan känd anledning känna smärta i högra höften; tillståndet har tidtals varit bättre, tidtals försämrats, dock har pat. varit i rörelse.	Medtaget.	Högra benet flekteradt, abduceradt och utåt roteradt (ställningsanomalin densamma som 1884). På högra öfverbenet finnas tvenne fistlar, den ena mellan mm. sartorius och tensor fasciæ latæ, 10 ctm. under spina ilei. ant sup., den andra framför musculus pectineus i samma höjd.
XXIV. N:o 530. 1886.	A. L. 9 år, bondeson från Sysmä, intagen på sjukhuset 29/10.	Affektionen sex år gammal. Utan någon känd anledning har pat. börjat halta, jemte det högra benet värkt. Smärtorna hafva varit lokaliserade i öfverbenet, samt sträckt sig ända ned till knät. Någon rodnad å huden har aldrig förmärkts ej heller fistlar. Pat. har plågats af hosta samt lindrig diarré.	Klen kroppsbyggnad. Rassel i hvardera lungan. Diarré. Urinen albuminfr.	Högra benet flekteradt, adduceradt och utåt roteradt. Svullnad förefinnes vid trochanter major, som står 1,5 ctm. ofvanom Roser-Nèlatonska linien, äfvensom i fossa iliaca dextra, der äfven fluktuation kännes. Häftig smärta vid tryck mot troch. maj., samt vid slag mot knät i öfverbenets riktning.
XXV. N:o 104. 1887.	I. M. S. 13 år, moderninhyssing från Sysmä, intagen på sjukhuset 14/1.	Pat. har efter en stor ansträngning känt styfhet i höftleden vid gående sedan 1886. Hon har dock varit i stånd att röra sig ehuru med svårighet ända till november s. å. då hon i följd af smärta ej mera kunde gå.	Pat. är blek och afmagrad. Urinen normal.	Högra benet flekteradt i höftleden, adduceradt och inåt roteradt. Trochanter major står 1 ctm. ofvanom Roser-Nèlatonska linien. Högra benet är 1,5 ctm. kortare än det venstra. Muskulaturen i höftledstrakten infiltrerad. Pat. anger stark ömhet vid tryck mot trochanter major. En tydlig resistens kännes i fossa iliaca dextr.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 28/9.	Caput, collum och troch. maj., samt öfversta delen af femur fullständigt uppmjukade. I acetabulum tre benhårdar, af hvilka två perforerat i lilla bäckenet, den tredje belägen på gränsen mellan os pubis och os ilei.	Tuberkulös höftledsinflammation af primärt osteal natur utgången ur hårdar i ledpannan.	
<i>Coxitis dextr.</i> <i>Osteitis oss. pelvis.</i>	Resektion 1/11.	Caput femoris på ytan usurerad, inuti friskt. I femur på inre sidan en hård. Acetabulum skrofligt, fördjupadt i synnerhet i öfre bakre delen. Då på detta ställe en öppning (1½ ctm. bred) göres, uttömmes sig en mängd tuberkulöst var ur bäckenet.	Tuberkulös höftledsinflammation af osäkert ursprung.	
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 21/1.	På öfre bakre delen af caput fem. är bråsket förstördt samt benet ytligt usurerad. I öfre bakre delen af collum påträffas en liten kariös hård. Tvenne bäckenhårdar, en större i os pubis, en mindre i os ischii, finnas. Ledhålan fylld med varigt sekret.	Tuberkulös höftledsinflammation med benhårdar, såväl i ledpannan som lårbenet, af hvilka de förra antagligen framkallas ledgångslidandet.	Död 25/6 i tuberkulös meningit. Utförligt obduktionsresultat saknas.

År och Nummer.	Namn, ålder m m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
XXVI. N:o 118. 1887.	O. H. 7 år, arbetare- dotter från Hel- singfors, intagen på sjuk- huset ²⁰ / ₁ .	Pat., som vid ett års ålder haft va- riola, vid fem år scarlatina, har se- naste sommar utan känd anledning bör- jat halta, samt tid- tals klagat öfver smärtor i venstra höften.	Pat. är klent bygd men väl nu- trierad.	Venstra benet utåt ro- teradt, abduceradt och flekteradt i höftleden. In- gen ömhet vid tryck eller infiltration förefinnes vid troch. maj., i bäckenet, el- ler vid höftleden. Vid pal- pation per rectum kännes ingen uppdrifning af ace- tabulum. Palpation af bäl- kenets inre genom bukbe- täckningarne ger negativt resultat. Hvardera benen äro lika långa.
XXVII. N:o 189. 1887.	B. G. 4 år, intagen på sjuk- huset ²⁵ / ₃ .	I december 1886 observerades en kontraktur i ven- stra höftleden. Se- dan februari 1887 är pat. oförmögen att gå. Intet trauma föreligger.	Klen kroppss- byggnad. Urinen al- buminfri.	Venstra benet flekteradt i höftleden, adduceradt och inåt roteradt; venstra höfttrakten svullen. Troch. maj. sin. uppdrifven och omgifvande väfnader in- filtrerade. Undersökning- en af bäckenet gifver ne- gativt resultat. ¹⁰ / ₈ . En abscess har upp- stått i venstra glutealvec- ket.
XXVIII. N:o 443. 1887.	V. M. J. 11 år, bondeson från Muo- hjärvi, intagen på sjuk- huset ²⁶ / ₈ .	För två år sedan begannte pat:s högra öfverben värka. Se- dan november 1886 har han varit oför- mögen att gå. För en månad sedan uppstod en fistel på öfverbenets insida.	Pat. är anämisk, har diar- ré. Urinen albumin- fri.	Högra benet flekteradt i höftleden, abduceradt och utåt roteradt. Trochanter major står 1 ctm. ofvanom Roser-Néla- tonska linien. Högra be- net är 2 ctm. kortare än det venstra (spin. il. ant. sup - malleol. ext.). Ne- danför lig. poupartii fin- nes en fistel.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid resektion eller obduktion.	Patologiskt-anatomisk diagnos.	Amärkningar.
<i>Coxitis sin. (Osteitis capitis femoris).</i>	Resektion 22/4.	I collum vid gränsen till caput en osteal hård, som uppkommen vid epifysliniens diafysära sida i midten af collum, genom caput inträngt i leden. Bråsket i acetabulum till största delen förstördt, underliggande ben lindrigt rarefieradt.	Tuberkulös höftledsinflammation, utgången ur en osteal hård i caput femoris.	
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion 29/9.	I öfre delen af femur påträffas tvenne hårdar; den ena belägen i collum vid ledhufvudets epifyslinie, hvarifrån den perforerat in i leden genom caput, den andra vid epifysbråsket, hörande till troch. maj. Bråsket på ledhufvudet och delvis äfven underliggande ben förstörda.	Tuberkulös höftledsinflammation med tvenne osteala hårdar i öfre femur epifysen.	
<i>Coxitis dextr.</i>	Resektion 11/11.	Hela acetabulum usurerad t och perforerad t; genom perforationsöppningen kommer man i en stor håla i bäckenet. Några lösa sequestrar uttagas från acetabulum. Caput femoris utan bråskbeklädnad, dock ganska väl bibehållet utom i dess nedre del, hvarest det, jemte angränsande delar af collum, är usurerad t.	Tuberkulös höftledsinflammation med flere osteala hårdar i ledpannans ben hvarifrån processen utgått.	

År och Nummer.	Namn, ål- der m. m.	Anamnes.	Allmänt tillstånd.	Lokala symptom.
XXIX. N:o 500. 1887.	M. M. 18 år, dräng från Keuru, in- tagen på sjukhu- set ¹ / ₁₁ .	Pat. tillskrifversin åkomma ett trauma, som han erhållit i venstra höfttrakten i mars 1887. Han kunde dock vara i rörelse till slutet af juni, då värk upp- stod i venstra arm- bågsleden, i hvar- dera höftlederna samt underbenen.	Pat. är blek och mager. Från inre organ intet att anmärka. Urinen al- buminfri.	Hvardera benen flekte- rade i höftleden, det ven- stra derjemte adduceradt och inåt roteradt. Troch. maj. förskjuten uppåt och bakåt 7 ctm. öfver Roser- Nèlatonska linien; venstra öfverbenet 6,5 ctm. kor- tare än det högra (sp. il. ant. sup. — condyl. extern. fem.) Vid mätning, (tro- chanter maj. — condyl. ext. femoris) är venstralår- benet endast 0,5 ctm. kor- tare. Venstra sidans glu- teal och iliacal regioner mera afrundade och be- tydligt frambugtande; os ilei på venstra sidan kän- nes förtjockadt. Lymfkört- larne i bäckenet på ven- stra sidan hypertrofiska.
XXX. N:o 103. 1888.	M. T. 10 år, inhy- sesdotter från Wekke- laks, inta- gen på sjukhu- set ¹⁹ / ₁ .	Efter ett fall för fyra år sedan har pat. haltat. Det se- naste året kunde hon gå endast med kryckor. Sedan de- cember 1886 har venstra knäleden värkt; i juni samma år uppstodo fistlar på venstra låret.	Pat. är af klen kon- stitution, afmagrad. Vid spet- sen af hö- gra lun- gan är re- spira- tionslju- det bron- kielt med finblåsiga rassel.	Venstra benet starkt flekteradt i höftleden (så att öfver- och underben ligga mot hvarandra), ad- duceradt och lindrigt inåt roteradt. Trakten kring höftleden är mycket svul- len. Trenne fistlar: en på yttre, en på inre sidan af låret och en vid troch. maj., finnas.

Klinisk diagnos.	Operation.	Ledens beskaffenhet vid [resektion eller obduktion.	Patologisk-anatomisk diagnos.	Anmärkningar.
<i>Coxitis sin.</i> <i>Osteomyelitis oss. ilei lat. sin. et femoris sin.</i> <i>Luxatio pathologica femoris sin.</i>	Resektion ^{31/1} 1888.	Venstra femurhufvudet löstött från collum och liggande fritt i ledpannan, som är fylld med svåligt fungösa massor. Så väl bråsket å caput som epifysbråsket mellan detta och collum helt hållet förstörda. Trochanter major frisk. I den mot collum vettande delen af caput en större fördjupning, (antagligen säte för en osteal hård) på ledhufvudets acetabulära sida en med fungösa massor fylld behåla vid vidfästningsället för lig. teres.	Tuberkulös höftledsinflammation med <i>epifysaflösning i femurhufvudet</i>, utgången från en <i>osteit i femurhufvudet</i>.	Osteomyelitis tuberculosa condyli interni humeri sin. et epiphysis inf. fibulæ dextr. Vid öppnande af armbågsleden påträffades i inre humerus condylen en central benhård. Synovian i leden något förökad.
<i>Coxitis sin.</i>	Resektion ^{25/1}.	Epifysaflösning i femurhufvudet; det löstötta hufvudet, som ligger i pannan, till största delen förstördt, äfvensom den mot pannan vettande delen af collum femoris. Hela leden samt pannan fyllda med fungösa massor.	Tuberkulös höftledsinflammation med <i>epifysaflösning i femurhufvudet</i>, utgången ur en <i>osteal process i öfre lårbens epifysen</i>.	

Kritik af sjukdomsfallen.

Bifogade kasuistik omfattar trettio fall af fungös eller tuberkulös höftledsinflammation, hvilka blifvit behandlade under åren 1883—1887 på kirurgiska kliniken. I alla dessa fall med undantag af tre (IV, V, XXII) har resektion af den sjukligt förändrade ledgången utförts. Uti de icke resecerade fallen har obduktionen gifvit upplysning om den angripna ledens tillstånd. I en del fall är denna uppgift väl knapphändig, beroende deraf, att patologiskt-anatomiska präparat af den resecerade leden saknats. I dylika fall ha endast anteckningar, gjorda strax efter operationen, funnits att tillgå för erhållande af upplysning om de sjukliga förändringarna i ledgången. Det är således med stöd af dessa anteckningar jemte patologiska präparat af ledgångarna, der sådana funnits, och i en del fall äfven obduktions resultat, som den patologiskt-anatomiska diagnosen är gjord. Ju tidigare resektionen blifvit utförd, ju mindre framskridna de destruktiva processerna i leden varit, desto lättare har det varit att afgöra, från hvilken af de leden bildande delarne den patologiska process utgått, som framkallat ledaffektionen. Sjelffallet förekomma äfven sent behandlade fall, der en panarthrit af den beskaffenhet och utbredning funnits, att angående utgångsstället för de sjukliga förändringarna intet säkert resultat vunnits. Detta är förhållandet med fallen VIII, XII, XXIV.

Såväl i de tre oresecerade fallen IV, V, XXII, som äfven i tre andra redan resecerade fall med dödlig ut-

gång (I, VIII, XXV) anträffades vid obduktionen icke blott i höftleden destruktiva processer, utan samtidigt äfven utbredda tuberkulösa förstörelser i ett eller flere af kroppens inre organ. Lungor, njurar, mjelte, lever, tarmkanal, blåsa m. fl. organ hafva varit angripna. Men äfven bland de fall, som icke gått till nekroskopi, finnas några, der en samtidig med höftledslidandet uppträdande tuberkulös process i andra organ kunnat konstateras. I fallet IX förekom i högra knäleden en process, likartad med den i höftleden. En spondylit i rygggradens hals och bröstdel har komplicerat sjukdomsfallet XIV; jemte tuberkulos i lungor och blåsa diagnostiserades i fallet XXII en tuberkulös osteomyelit i högra calcaneus. Tuberkulösa benhärdar ha i fallet XXIX anträffats i venstra inre humerus condylen samt i undre fibula epifysen på högra sidan. Symptom af en lungaffektion, antagligen af tuberkulös natur, hafva funnits i fallet XXX (någon undersökning af tuberkelbaciller från sputa har ej företagits) samt af tarm och blåstuberkulos i fallet XXII. I endast ett fall (XXI), der jemte coxiten en osteomyelit i högra handlof- och mellanhandbenen funnits, ha tuberkelbaciller uppvisats i var, hemtadt från nämnda härdar i handen. Någon mikroskopisk undersökning af präparat, hemtade från de angripna lederna, har ej företagits, emedan denna ej kunnat konsekvent genomföras, då uti en stor del af ofvananförda sjukdomsfall de resecerade delarne af leden saknas. Utom i de fall, der de uppträdande komplikationerna karakterisera ledaffektionens natur, har diagnosen tuberkulös höftledsinflammation ställts endast på grund af det kliniska förlopp, dessa fall erbjuda. Uteslutits hafva alla de kroniska ledaffektioner, der anamnesen angifvit, att en akut infektiös osteomyelit eller någon annan infektionssjukdom legat till grund för och framkallat höftlidandet.

Som primärt synoviala äro af dessa trettio endast tre fall (XIV, XV, XVIII) antecknade. I dessa hafva vid genomsågandet af den resecerade femurepifysen icke några osteala härdar anträffats, lika litet som vid granskning af acetabulum. Vid det af nämnda fall, der usureringen i bensubstansen varit störst (XIV), har förstöringen *jemnt* angripit såväl lårbenshufvudets som ledpannans yta. Tänkbart vore ju, att strax under det förstörda bråsket på femurhufvudet eller alldeles invid kapselns vidfästning funnits någon mindre osteal härd, som framkallat ledgångslidandet och hvilken, då förstörelseprocessen mera gripit omkring sig, helt och hållet försvunnit. Detta förhållande trodde *König*¹⁾ ej så sällan vara orsaken till, att smärre osteala härdar blefvo oobserverade, ehuru riktigheten i ett sådant antagande för detta fall med fäst afseende på den likformiga förstöringen af hvardera benen kan betviflas. De två öfriga synoviala fallen (XV, XVIII) förete ringa förstöringar af ledhufvudet samt fallet XV äfven af pannan. Fallet XVIII deremot visar en vid dylika affektioner ofta förekommande, på sekundär tryckusur beroende förstoring af ledpannan uppåt och bakåt.

Störst till antal äro de fall, der den tuberkulösa osteiten eller osteomyeliten, som framkallat ledgångslidandet, varit belägen i öfre delen af femur. De äro fjorton, näml. III, V, VI, IX, X, XIII, XVI, XVII, XIX, XXII, XXVI, XXVII, XXIX, XXX. Angående två af dem, V och XXII, kan måhända tvifvel råda, huruvida de alla äro primära femur osteopathier. I fallet V, der ej någon resektion utförts, utan en kännedom om förändringarna i leden först erhållits vid obduktionen, har förstörelseprocessen gripit ganska vidt omkring sig. Den i öfre delen af femurhufvudet belägna benhårdens primära natur kan väl dock ej betviflas, isynnerhet som benmärgen i öfre delen af lårbenet

¹⁾ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1879, pag. 550.

var i hög grad degenererad och den i botten af pannan belägna defekten måste antagas vara af sekundär art. Likaså har i sjukdomsfallet XXII obduktionen fått gifva utslag. Svårt är att förklara den mellan det usurerade collum femoris och pannan inkapslade härden som annat än en lemning af en i femurepifysen försiggången osteomyelitisk process. De öfriga tolf fallen torde ej behöfva någon närmare förklaring, då riktigheten af antagandet, att de äro primära femur osteopathier, klart framgår ur sjukhistorierna.

Antalet af osteomyelitiska härdar, som vid de olika fallen anträffats i öfre femurepifysen, varierar något. Utom i sjukdomsfallen XXIX och XXX, der härdarnes antal ej med visshet kan afgöras, hafva i två fall (XVII och XXVII) funnits tvänne härdar, hvaremot i öfriga fall endast en härd anträffats. I flere fall är dock uppgiften om härdarnes antal otillförlitlig, då man vid långt framskridna förstöringar i leden mycket väl kan tänka sig, att två eller flere härdar sammansmultit. I en ledgång, der endast en inkapslad härd anträffats vid resektion eller obduktion, kan väl vid affektionens början multipla benhärdar hafva funnits. Det är vid epifysbråskan som den tuberkulösa osteomyeliten vanligtvis uppträder och speciellt vid deras diafysära sida. Så är äfven fallet i lårbenet. Nästan utan undantag ha härdar i *collum femoris* framkallat ledgångslidandet. Då tvänne dylika anträffats, har vanligtvis en af dem varit belägen innanför det vid trochanter major belägna epifysbråsket.

Endast i ett fall (XVII) finnes antecknadt, att en lös sequester anträffats i den osteala härden.

I sju fall har ett primärt benlidande i ledpannan föregått höftledsaffektion (I, II, IV, VII, XXI, XXIII, XXVIII). Speciellt förtjenar sjukdomsfallet II uppmärksamhet. Der förekomma stora kariösa förstöringar i ledpannan, jemte det ledgångshufvudet är angripet. För-

störingen i caput femoris är nämligen kilformig med spetsen vettande mot epifysbråsket, hvilket jemte dess läge vid vidfästningsstället för lig. teres tyder på, att den primära inflammation i acetabulum, som framkallat ledaffektionen, fortledts längs detta ligament, öfvergått på ledhufvudet och först sekundärt angripit detta. Ytan af ledhufvudet vore således först angripen, de inre delarne af benet senare. För detta antagande talar defektens såväl form som läge. Hvilket af de tre ben, os pubis, os ilei eller os ischii, som sammanstöta i bildandet af ledpannan, mest disponerar för uppkomsten af tuberkulösa osteomyeliter är svårt att afgöra på grund af ett så litet antal fall som dessa. I de båda fallen I och II har os ischii varit angripet, likasom antagligen äfven i fallet XXIII, der tre härdar anträffats, förmodligen en i hvarje af de ben, som bilda acetabulum. I tre fall I, VII, XXVIII ha sequestrar anträffats.

Men det förekommer äfven fall, der de båda ben, som bilda höftleden, samtidigt varit säte för en osteomyelitisk process. Dylika äro sjukdomsfallen XI, XX, XXV. Hvilketdera benets, bäckenets eller lårbenets, härdar som framkallat ledinflammationen, är osäkert. Dock synes den förmodan berättigad, att i fallen XX och XXV bäckenhårdarna varit orsaken till uppkomsten af arthropatkin och att femurhårdarna dervid ej spelat någon rol. Äfven hårdarnas antal varierar i dessa fall. Då i ett fall (XI) endast en osteal hård i hvardera benet funnits, förekommer i fallet XX två härdar i femurhufvudet och antagligen äfven tvänne bäckenhårdar. För detta antagande tala nämligen de båda sequestrarna. Två bäckenhårdar, en i os pubis och en i os ischii, samt en liten hård af underordnad betydelse i lårbenet anträffades i fallet XXV.

Slutligen följa de fall af höftlidande, hvilka blifvit betecknade som osäkra eller obestämbara (VIII, XII, XXIV).

Att af dessa ett fall (XXIV) är att betrakta som en primär osteopathi, torde på grund af formen och utbredningen af de förstöringar, bendelarna i leden undergått, kunna antagas som säkert. Men härdarnas läge och antal i det ena eller andra benet är omöjligt att med visshet bestämma. I de båda öfriga obestämbara fallen måste det lemnas ofgjordt, från hvilken af ledens delar den sjukliga processen utgått.

För öfversikts och lättare jemförelses skull anföres följande, på grund af de i kasuistiken upptagna trettio coxiterne, gjorda tabellariska sammanställning.

Tab. I.

	Primärt synoviala.	Primärt osteala			Osäkra fall.	Summa.
		härdar i lårbenet.	härdar i ledpannan.	härdar i hvardera benen.		
Antal	3	14	7	3	3	30
Procent	10	46,7	23,3	10	10	—

Bland de få sammanställningar, som publicerats, må till jemförelse den af *Oberst* ¹⁾ gjorda meddelas:

Tab. II.

	härdar i pannan	härdar i hufvud hals och troch. maj.	i hvardera benen	osäkra	primärt synoviala.	Summa.
Antal	50	23	7	29	23	132
Procent ²⁾ . . .	38	17,5	5	29	17,5	

¹⁾ *J. P. Haberen.* Ueber Beckenabscesse bei Coxitis. Centralblatt für Chirurgie 1881. N:o 13 u. 14.

²⁾ Procent beräkningen är gjord af förf.

Enligt den först anförda tabellen förhålla sig de primärt synoviala höftledsaffektionerna till de primärt osteala som 3 till 27, utgörande 10 procent af alla fall, då de obestämbara fallen räknas till de primära osteopathierna. Borträknas dessa blir förhållandet mellan primära synoviter och osteomyeliter 1 : 9. Enligt *Oberst's* tabell blir detta förhållande deremot 23 : 132 eller omkring 17 procent, således en ganska stor skilnad.

Uppgifterna om förhållandet mellan primärt synoviala och primärt osteala tuberkulösa coxiter variera i hög grad. Enligt *Blasii* ¹⁾ beräkning, hvars kasuistik dock ej enbart upptager fungösa coxiter, utan äfven andra arter af höftledsinflammation, förhålla sig de synoviala coxiterna till de osteala som ett till tre. Detta gäller dock endast osteala coxiter, utgångna ur öfre femurepifysen; några exakta tal om dem som utgå ur bäckenbenen angifvas ej. *König*, ²⁾ som i likhet med *Volkman* ³⁾ framhåller svårigheten af att, då förstörelseprocessen är mera framskriden, bestämma ledgångsinflammationens ursprung, har af 15 höftlidanden funnit 8 vara primärt osteala och 7 synoviala. På grund af ett något större antal observerade fall kommer samma författare ⁴⁾ till ett annat resultat. Af 61 tuberkulösa höftledsinflammationer voro 47 osteala, 3 rent synoviala och 11 tvifvelaktiga. Om dessa sistnämnda uteslutas ur beräkningen, utgöra de synoviala fallen endast 6 procent af hela antalet. Räknas de tvifvelaktiga till de osteala, som *König* gjort, representera synoviterna endast 5 pro-

¹⁾ l. c. pag. 268.

²⁾ *F. König*. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1879. Bd XI, pag. 550.

³⁾ *R. Volkmann*. Samml. klin. Vortr. 1879. N:o 168—169. pag. 1422.

⁴⁾ *F. König*. Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Berlin 1884, pag. 67.

cent¹⁾). De primärt synoviala fallen af tuberkulös höftledsinflammation utgöra således ej någon stor del af alla fall, om ock deras förekomst ej är så sällsynt, som *Hueter* och *Volkman* anse. *Boegehold*²⁾, som dock ej gjort någon skild beräkning för höftleden, anser, att ofvannämnda kirurger i allmänhet underskattat antalet af primära synoviter, hvilket han anslår till ett af fem.

Afsigten med detta arbete är ej att egna de synoviala fallen af tuberkulöst höftlidande någon utförligare granskning, hvilket äfven blefve svårt, då de endast äro tre. Deremot komma de primärt osteala fallen att vara föremål för en mera detaljerad undersökning.

Volkman säger:³⁾ Die primären Erkrankungen der Pfanne sind mir früher bei Hüftgelenksresectionen sammt und sonders entgangen.“ — Såsom det gått nämnde kirurg, har det väl gått många andra. De sekundära förändringarna i höftpannan ha nog varit observerade och studerade allt från älsta tider. Deremot har ledpannan som det primära ställe, hvarifrån en höftledsinflammation utgår, varit föga beaktad. Oaktadt *Hueter* ansåg, att höftpannan på grund af de tre uti densamma sammanstötande epifysbråskan ofta borde vara säte för osteomyelitiska processer,⁴⁾ påstod han dock, att en dylik affektion ytterst sällan förekom på grund af pannans skyddade läge för yttre insulter, samt som en följd af den ringa grad af tillväxtsintensitet som finnes i densamma. *Erichsen* och *Blasius* antogo deremot hvardera, som ofvan nämndes, en skild form af höftlidande, utgången från en affektion af ledpannan.

¹⁾ För ledgångarna i allmänhet har *König* beräknat skilnaden mellan synoviala och osteala fall. De primärt synoviala utgöra 25 procent. Särskildt för knäleden utgöra de en tredjedel af alla fall.

²⁾ *E. Boegehold*. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gelenkenzündungen. Archiv für klin. Chirurgie XXVII. 1882, pag. 721.

³⁾ l. c. pag. 1422.

⁴⁾ l. c. Bd II, pag. 321.

Hvad förhållandet mellan femur- och bäckenosteopathierna beträffar, anger tab. I af alla 30 fall 14, der här-
dar anträffats endast i femur, och 7, der blott bäckenhär-
dar förekommit. Men räknas till de senare de tre sjuk-
domsfall, der bäckenhär-
dar jemte här-
dar i lårbenet fun-
nits, ökas bäcken-osteopathiernas antal till 10; således en
tredjedel af alla fall. Enligt tab. II öfverstiga bäckencoxi-
ternas antal betydligt femurcoxiternas. *Oberst's* statistik
upptager 50 höftpanns-lidanden mot endast 23 femorala
fall. Om till de förra ännu räknas de 7 fall, der här-
dar förekommit i hvardera benet, fås 57 bäckenosteo-
myeliter, hvilket tyckes tala för en mycket talrik före-
komst af primära bäckenaffektioner. *Cazin* ¹⁾, som ge-
nom att undersöka per rectum sökt bilda sig en öfver-
tygelse om tillståndet i ledpannan, har i 98 fall, vid
hvilka denna undersökningsmetod blifvit använd, 49 gån-
ger funnit acetabulum angripet. Någon skilnad mellan pri-
mära och sekundära acetabuliter gör *Cazin* dock ej, och
riktigheten af sina undersökningsresultat har han sjelf
12 gånger och hans elev *Dhourdin* ²⁾ i 20 fall dels vid
resektion, dels ock vid obduktion efter förut företagen
resektion kunnat konstatera. Utan att anföra några tal
för att bevisa riktigheten af sitt antagande, ansluter sig
König ³⁾ till samma åsigt som *Oberst*. I nästan hälften
af fallen har nämnde kirurg funnit ledpannan primärt
angripen och dock hafva alla fall, der tvifvel kunde hy-
sas, huruvida processen i acetabulum varit primär eller
sekundär, uteslutits från beräkningen. Det framgår såle-
des, att ett icke obetydligt antal af höftledslidanden fram-
kallas af en primär tuberkulös osteomyelit i ledpannan.

¹⁾ *H. Cazin*. Du toucher rectal dans la coxlagie. *Revue de Chirurgie*. Tome II, 1882, pag. 189.

²⁾ *P. Dhourdin*. De la coxalgie cotyloïdienne. Thèse de Paris 1881, pag. 111.

³⁾ l. c. pag. 123.

Slutligen finnas sjukdomsfall, der osteala härdar anträffats både i lårbenet och pannans ben. Dessa fall utgöra en ganska liten del af hela antalet, enligt tab. I 3 af 30. Enligt *Oberst's* sammanställning, som upptager 132 fall, utgjorde dessa 7. Om fallen med härdar i höftledens hvardera ben räknas till de acetabulära osteomyeliterna, fås, enligt de i kasuistiken upptagna fallen, 10 bäckenaffektioner, af hvilka i 3 fall lårbenet äfven varit angripet, således i omkring en tredjedel af fallen. Tab. II angifver deremot, att bland 57 bäckencoxiter förekommit endast 7 fall med härdar i hvardera benet, alltså i det närmaste ett fall på 8. Således erhålles af dessa båda sammanställningar icke något enhetligt resultat, hvad förekomsten af dessa femoralt-acetabulära sjukdomsfall beträffar. Hvilketdera benets härdar det varit, som i dessa fall genom att perforera i leden direkte framkallat ledgångslidandet, derom lemnas genom sjukhistorierna inga eller ytterst osäkra upplysningar.

Det är naturligt, att dessa patologiskt-anatomiskt skilda slag af tuberkulöst höftlidande äfven skola erbjuda några kliniska kännetecken, hvarigenom de redan under sitt tidigare förlopp kunna skiljas från hvarandra. Det följande skall blifva ett försök att på samma sätt, som *Erichsen* m. fl., uppvisa, hvilka särskilda symptom som karakterisera dessa olika slag af höftlidande, antingen de utgått från en benaffektion i lårbenet eller i ledpannan, eller ock härdar funnits i hvardera dessa ben.

Försök till differentialdiagnostik.

Det är som känt vid epifyslinierna, som längdtillväxten i extremiteternas ben försiggår. På grund häraf finnes inom nämnda delar af skelettet en starkare blodtillförsel, en större fysiologisk retning, hvarigenom naturligtvis äfven en större disposition för uppkomsten af patologiska processer i nämnda delar existerar under den tid, då skelettet är stadt i utveckling. Derfor är det vanligtvis under barn- och ynglingaåldern, som den tuberkulösa osteomyeliten uppträder och lokaliserar sig i den närmast epifysbråsket belägna delen af benet. Då skelettet nått sin fulla utveckling, upphör vanligtvis äfven denna disposition för sjukliga förändringar.

I höftledens ben inträffar förbeningen af epifysbråskan ganska sent. Tillväxten upphör vid epifyslinien i lårbenshufvudet vid 16:de eller 17:de året och nästan samtidigt vid de i pannan sammanstötande benen (*Hollstein*,¹⁾ *Tillaux*²⁾).

Hos de i kasuistiken upptagna patienterna varierar åldern³⁾ mellan ett och sjutton år, hvilket ger en medelålder af omkring sju år. Beräknas medelåldern för de fall, der ledgångslidandet utgått ur en osteomyelit i fe-

¹⁾ *L. Hollstein*. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Berlin 1873. pag. 178 o. 168.

²⁾ *A. Tillaux*. Traité d'anatomie topographique. Paris 1882. pag. 941 o. 980.

³⁾ Åldern är, såvidt möjligt varit enligt anamnesen, angifven för tidpunkten af sjukdomens början.

murepifysen, utgör den omkring sex och ett halft år. Aldern, varierande mellan ett och sjutton år, är beräknad för endast 12 fall; för två fall saknas helt och hållet ålders uppgift. Bäckencoxiternas medelålder är omkring nio och ett halft år (9,4), och om de fall, der osteala härdar förekommit såväl i ledpannan som i lårbenet, medtagas i beräkningen, blir medelåldern ungefär lika stor. Dessa resultat, hvad åldern för bäckencoxiterna beträffar, tyckas öfverensstämma med *Cazin's* ¹⁾ uppgift, att bäckenet oftast är angripet emellan det åttonde och tolfte åldersåret. Det är naturligtvis förhastadt, att på grund af ett så ringa antal fall draga några bestämda slutsatser. Dock förefaller det, som om bäckenosteopathierna ej så vanligt skulle förekomma under de första lefnadsåren, men att deremot en mera framskriden ålder skulle disponera för uppkomsten af dessa lidanden.

Ett större intresse erbjuder studiet af det förhållande, i hvilket det ena könet härvidlag står till det andra. *Huetter* ²⁾ vill som nämndt förlägga den primära affektion, hvarigenom alla coxiter under barnåren uppkomma, i femurhufvudet, på grund af den större fysiologiska retning i benväfnaden, som der förekommer. Härtill anmärker *Albert* ³⁾, att denna fysiologiska retning och tillväxtsintensitet, väl torde förekomma i det qvinliga bäckenet åtminstone under pubertets tiden och således denna orsak till uppkomsten af osteomyelitiska processer i ledpannan förefinnas. Så tyckes dock ej vid granskning af dessa sjukdomsfall vara fallet.

Vid de femorala fallen är hvardera könet ungefär lika representeradt, nämligen genom åtta flickor och sex gossar, hvaremot bland de acetabulära mankönet företrä-

¹⁾ *H. Cazin*. Du toucher rectal dans la coxalgie. Revue de Chirurgie 1882. Bd II. pag. 197.

²⁾ l. c. Bd. II. pag. 321.

³⁾ *E. Albert*. Wiener klinik 1876. Heft. 8 u. 9. pag. 243.

des af sex sjukdomsfall och qvinkönet endast af ett. Medräknas äfven de tre fall, som förekommit med osteala härddar i hvardera benet, ökas antalet patienter till tio, hvaraf två flickor och åtta gossar. Detta förhållande de olika könen emellan har i allmänhet blifvit föga beaktadt. *Cazin* ¹⁾ förfogar öfver 98 fall, hvilka han delar i två grupper: „suppurées och sèches“. Bland sjukdomsfall, tillhörande det förra slaget, har han funnit bäckenet angripet hos 37 patienter, hvaraf 20 gossar och 17 flickor ²⁾. Det senare slaget har representerats af 34 fall, der touchering per rectum i 12 fall haft positivt resultat. Vid dem har hvardera könet ungefär lika ofta förekommit, (fem gossar och sju flickor). Således voro bland 49 patienter med bäckenaffektion 25 gossar och 21 flickor. Men som redan ofvan nämndes, kunna dessa tal ej anses gälla endast primära benprocesser i bäckenet, utan äfven sekundära, vare sig dessa uppkommit i följd af ett primärt synoviallidande, eller utgångsstället för ledgångslidandet varit caput femoris.

Någon särskild disposition för uppkomsten af osteomyeliter i lårbenet eller ledpannan på högra eller venstra sidan af kroppen finnes naturligtvis ej. Så tyckes ock förhållandet vid de i kasuistiken anförda trettio fallen vara. I de femorala fallen har hvardera sidan varit lika ofta angripen. Bland bäckencoxiterna äro fyra högersidiga och tre venstersidiga, och medräknas de tre fall, der härddar i både lårbenet och pannan funnits, öfverstiger antalet af högersidiga fall de venstersidiga med ett. En förvånande likhet existerar mellan ofvananförda förhållande och det af *Cazin* ¹⁾ meddelade. Bland de fall, som vid undersökning per rectum gifvit positivt utslag, äro 24 högersidiga och 25 venstersidiga.

¹⁾ l. c. pag. 196.

²⁾ *Cazin* uppgifver 14 flickor och 20 gossar, hvilket gör tillsammans 34 ej 37, således antagligen ett tryckfel.

Hvad etiologien beträffar, intager frågan om herediteten ett framstående rum. Att en med ärftliga tuberkulösa anlag belastad person i hög grad disponerar för tuberkulösa processer i ledgångarna, är ju ett väl bekant förhållande. Men om bäckenet oftare än lårbenet hos en med dylika anlag behäftad individ är säte för tuberkulösa benlidanden eller tvärtom, är svårt att afgöra, helst som de anamnestiska uppgifterna i detta afseende äro osäkra och ofullständiga. Utom i det femorala fallet XIII, der den uppgift erhållits, att bland patientens anhöriga förekommer tuberkulos, samt i fallet XVIII af primärt synovial natur, der fadern till den sjuke aflidit i miliär tuberkulos, saknas alla uppgifter om hereditära dispositioner. I anamnesen till fallen X och XXI, det förra ett primärt lårbenslidande, det senare en acetabulum affektion, erhålles den upplysning, att några ärftliga anlag ej funnits, en uppgift, som naturligtvis knapt kan tillmätas någon betydelse.

Den rol, ett trauma spelar som orsak till ledgångslidanden i allmänhet och således äfven till dylika af tuberkulös natur, är nogsamnt känd, och, särskildt hvad de tuberkulösa ledgångslidandena angår, genom *Schüller's*¹⁾ experimentala undersökningar till fullo bevisad. Då emellertid de flesta patienter, hvilkas sjukhistorier finnas upptagna i kasuistiken, tillhöra en samhällsklass, der barnen ej egnas en synnerligt noggrann observation, samt de sjuka sjelfva vanligen meddela endast ytterst sväfvande anamnestiska uppgifter, har åt detta viktiga etiologiska moment ej kunnat egnas någon utförligare behandling. Troligare förefaller det, att vid ett fall eller en stöt mot höftledstrakten öfre ändan af femur och isynnerhet trochanter major, vore den för våldet mest utsatta del af leden. Dock måste ju äfven ett mot nämnda benutsprång verkande trauma

¹⁾ l. c. pag. 18.

fortledas mot acetabulum. I endast fyra fall [X, XIII, XIV, XXIX] finnes ett trauma antecknad som orsak till ledaffektionen, och med undantag af ett [XIV], som är af synovial natur, äro alla öfriga femur coxiter.

Bland de subjektiva symptom vid ett höftlidande, som kanske vunnit den största uppmärksamhet och gifvit anledning till en mängd olika förklaringar, är knäsmärtan. I knäleden på samma sida som höftleden är angripen, angifva patienterna smärta, utan att någon anatomisk förändring kan uppvisas. Som känt har detta symptom gifvit anledning till många diagnostiska misstag. Redan i äldre tider hade den symptomatiska knäsmärtan observerats och beskrifvits af flere kirurger (*Ficker, Boyer, Camper, Portal* m. fl.). *Rust*¹⁾ benämnde den gonalgia och ansåg, att om man ock ej helt och hållet kan förneka förekomsten af patologiska förändringar samtidigt i knä- och höftleden, så vore dock i regeln knäleden intakt. I denna händelse skulle gonalgin uppkomma deraf, att en höggradig spänning inträdde i öfverbenets muskler och nerver, då under sjukdomens andra stadium extremiteten är förlängd. *Bonnet*²⁾ deremot var böjd för antagandet, att den så vanligt uppträdande knäsmärtan alltid uppkommit i följd af en samtidigt med höftlidandet förekommande patologisk störning i knäleden, en åsigt, som han stöder på ett enda obduceradt fall, der detta förhållande verkligen inträffat. Dock vill *Bonnet* ej förneka, att en dålig ställning eller en långvarig immobilisation af benet, hvilka orsaker ju ofta åstadkomma små anatomiska förändringar i knäleden, äfven kunna förorsaka knäsmärta. *Malgaigne*³⁾ och *Verneuil*⁴⁾ hyllade en med *Bonnet* öfverensstämmande åsigt. Den mängd

1) l. c. pag. 37.

2) l. c. Tome II. pag. 275.

3) Gaz. des Hôp. 1848. N:o 137.

4) Gaz. des Hôp. 1865. Schmidt Jahrbücher 1866. pag. 78.

förklaringar, detta symptom erhållit, bevisar till fylles, att någon fullt antaglig sådan för detsamma ej erhållits. De flesta kirurger utgå dock från det antagande, att någon anatomisk förändring i leden ej förekommer. *Stromeyer's* åsigt ¹⁾ var, att smärtan uppkom genom en muskelkontraktion. Genom att de höftleden omgifvande musklerna sammandrogos, uppkom på reflektorisk väg en retning i de sensibla nerverna, hvilket åter hade en smärta i knäleden till följd, ett förhållande, fullkomligt analogt med det, som uppkommer vid blåssten, då smärtan förlägges till glans penis. Denna förklaring antogs äfven af *Koch* ²⁾. *Richet* ³⁾ antog, att smärtan i knät vore fortledd genom benmärgen i lårbenet; han hade nämligen funnit, att en i öfra delen af lårbenet injicerad vätska utträngde ur en i nedre lårbensepifysen anlagd öppning. För att således vid ett höftlidande knäsmärta kunde uppkomma, måste alltid femurhufvudet vara angripet och retningen fortledas genom benmärgen till undra femurepifysen. Egendomlig är den af v. *Schleiss* ⁴⁾ gifna förklaringen, att smärta i knät uppkom derigenom, att nedre lårbensändan, isynnerhet vid gående, trykte mot knäledens bråsk och öfre tibiaepifysen, detta i följd af den slapphet, som uppkommer i höftleden, då ledhufvudet ej mera hålles trykt mot pannan. *Ficks* ⁵⁾ för-

¹⁾ l. c. pag. 113.

²⁾ *D. L. Koch*. Ueber die sympathische Gonalgie. Allg. Zeitung für Chir. etc. 1841. N:o 11. Canstatts Jahresberichte 1841. pag. 157.

³⁾ *Richet*, Recherches pour servir à l'histoire des tumeurs blanches. Annales de la Chirurgie 1844. Maj o. Juni. Canstatts Jahresberichte 1844. pag. 185.

⁴⁾ v. *Schleiss*. Die symptomatische Knieschmerz bei Coxitis. Henle u. Pfeffers Zeitschrift III. Reihe VII. Bd. I. Canstatts Jahresberichte 1859. III. pag. 148.

⁵⁾ *A. E. Fick*. Ueber den coxitischen Knieschmerz. Wiener med. Wochenschrift 1875. N:o 10.

klaring af knäsmärtans uppkomst förtjenar ännu att omnämnas. Då lokaliseringsförmågan i kroppens inre delar är mycket liten, isynnerhet uti så svagt innerverade delar som höftleden, så förlägga patienter, behäftade med ett höftlidande, den smärta, som de känna vid gående, isynnerhet under sjukdomens början, då smärtan är svagare, icke i höft- utan i knäleden, emedan de flesta personer anse, att det hufvudsakligast är genom rörelser i knäleden, som de gå.

En förklaring af detta symptom, som utan tvifvel vunnit det största erkännande, är att knäsmärtan vid en coxit endast hvilar på nervös grund. *Cruveilhier*¹⁾ har uttalat den åsigt, att en smärtförmimmelse fortledes från den ena ledgången till den andra genom de mellan desamma löpande nerverna, och att den samtidigt med höftlidandet i knät förekommande smärtan förmedlades genom nervus obturatorus. Dock har orsaken till uppkomsten af en retning i nämnda nerv förklarats på olika sätt, antingen så att de periartikulära, inflammerade väfnaderna ansetts utöfva ett tryck mot nervstammen, (*Croque*²⁾), eller vid höftledsinflammationen en retning antagits uppkomma af nervi obturatorii till denna led gående grenar, hvarvid smärtan förlägges i knät der nervens ändförgreningar sluta. (*Erichsen*³⁾). Men ej enbart en retning af nervus obturatorus har ansetts framkalla denna smärta. Enligt *Schuh*⁴⁾ vore detta visserligen det vanligaste; dock kunde äfven genom retning af nervus ischiadicus eller nervus cruralis samma symptom uppkomma.

Bland de i kasuistiken upptagna fallen finnes hos

¹⁾ *P. Dhourdin*. De la coxalgie colyloïdienne. pag. 75.

²⁾ l. c. pag. 263.

³⁾ l. c. pag. 675.

⁴⁾ Canstatts Jahresberiahte 1847 Bd III. pag. 174.

nio patienter ¹⁾ förekomsten af knäsmärta antecknad. Fyra fall hafva varit bäckenosteomyeliter (I, VII, XI, XX), af dessa hafva i två fall (XI, XX) äfven funnits osteala härddar i öfre femurepifysen. Fallet XII hör till de osäkra, der det varit vanskligt att bestämma ledaffektionens utgångsställe; i detta fall hafva dock stora förstöringar i ledpannan anträffats. Slutligen upplysa anamneserna i fallen V och XXX, hvilka räknats till femur-osteopathierna, att smärtan först under en senare del af sjukdomens förlopp uppträdt, i det sistnämnda fallet först två år efter dess början. Anamnesen i fallet XVII är otillförlitlig, så att deraf ingen bestämd slutsats kan dragas, lika litet som den i fallet XXIV ger någon bestämd upplysning om tiden för knäsmärtornas uppkomst. I hvardera dessa fall är bäckenet angripet, synnerligt hög gradigt i det senare. Tyvärr saknas i sjukdomsfallet VIII några upplysningar om de sjukliga förändringar, som vid resektionen anträffats i ledpannan. Det finnes nemligen antecknadt, att någon knäsmärta ej plågat patienten, samt att utbredda förstöringar af öfre lårbenepifysen funnits. Det tyckes framgå af ofvananförda förhållanden, att knäsmärtan skulle stå i direkt sammanhang med förstörelseprocesser i ledpannans ben, vare sig att dessa äro af primär eller sekundär natur, och detta symptom således ej, som *Erichsen*²⁾ anser, särskildt karakterisera den femorala formen af coxit. I intet af de fall, der ledhufvudet ensamt varit angripet, men pannan fri, hafva knäsmärtor observerats. Särdeles instruktivt är fallet VII. Hvarje gång en passiv rörelse utfördes i höftleden eller ledhufvudet genom tryck mot trochanter major infördes mot pannan, uppkom en häftig smärta i högra knät. Vid resektionen fun-

¹⁾ I, V, VII, XI, XII, XVII, XX, XXIV, XXX.

²⁾ l. c. pag. 672.

nos i ledpannan flere lösa seqvestrar. *Alexandre* ¹⁾ har egenat detta symptom ett särskildt studium. Han ansluter sig till *Richet's* åsigt och förklarar knäsmärtan vara framkallad af en „ostéopériosteite congestive“ i lårbenet. Som af det ofvananförda framgår, tyckes emellertid just den acetabulära formen mera disponera för uppkomsten af knäsmärta och detta symptom således ej kunna förklaras annorlunda, än såsom hvilande på nervös grund. Att det i denna händelse skulle vara hufvudsakligast genom retning af nervus obturatorius, som smärtan framkallades är antagligt, då den i bäckenet befinner sig i närheten af acetabuli mot bäckenets inre vända sida, hvarvid lätt en retning af nerven genom periartikulär infiltration kunde uppkomma. Till samma åsigt har äfven *Dhourdin*, ²⁾ på grund af tvänne noggrant observerade sjukdomsfall, kommit. Möjligheten, att de öfriga nerverna, nn. cruralis och ischiadicus, härvid skulle hafva något inflytande, kan väl ej förnekas.

Bland de mest i ögonenfallande objektiva symptom vid ett höftlidande, är den i den angripna extremiteten uppkommande ställningsanomalin. Utan att vara någonting för höftledslidandet patognomoniskt, då äfven andra i trakten af höften uppträdande störingar kunna hafva en dylik kontraktur till följd, har dock åt detta symptom, såsom varande konstant åtminstone vid ett något mera framskridet stadium i sjukdomen, egnats så mycken uppmärksamhet, att det användts som indelningsgrund för olika stadier af höftlidande (*Rust*). *Martin* och *Collineau* hafva nytjat de skilda ställningsanomalierna som differentialdiagnostiska kännetecken för de olika formerna af coxitis, den osteala och den synoviala. I historiken redogjordes

¹⁾ *Léon A. Alexandre*, Contribution à l'étude de la coxalgie, de la douleur dans la coxalgie, pathogénie de la douleur du genou, Thèse de Lille. Saint-Omer 1881. pag. 51.

²⁾ l. c. pag. 76.

i korthet för de båda teorier, som framställts för att förklara detta förhållande: den mekaniska och reflex-teorin.

Bland de 14 fall, der processen utgått ur en osteomyelit i femurhufvudet, visa tre fall (V, XIX, XXVI) flexion i höftleden och utåt rotation, de öfriga 10 fallen flexion, adduktion och inåt rotation. I ett fall (III) har en möjligen tidigare förekommande ställningsanomali korrigerats, då patienten före undersökningen behandlats med gipsförband. De sju acetabulära fallen åter visa alla flexion, abduction och rotation utåt. I två af de tre fall, der härdar funnits i lårbenet och pannan (XI, XXV), var benet flekteradt, adduceradt och inåt roteradt, i ett (XX) deremot abduceradt och utåt roteradt. Under det att således de primära bäckencoxiterna visa en stor likhet, hvad ställningsanomalin beträffar, i det att alla förete flexion, abduction och utåt rotation, befinnes vid 10 femorala fall af 13 benet flekterad, adducerad och inåt roterad. I de tre återstående fallen deremot är ställningsanomalin lik den vid de acetabulära fallen. Af dessa tre kunna dock fallen V och XIX ej medtagas i beräkningen, emedan de ej visa någon typisk ställningsanomali. Fallet XXVI är visserligen ett rent primärt lårbenslidande, deremot förekommer i fallet V stora sekundära förstöringar i ledpannan.

Af de tre fall åter, där härdar förekommit i hvardera benen, finnes om fallet XX antecknadt, att i collum och öfre delen af diafysen funnits med hvarandra sammanhängande härdar, men att ledpannan varit i hög grad usurerad. I detta fall är ställningsanomalin densamma som i de fall, der endast bäckenhärdar funnits. I de båda öfriga fallen finnes i XI ganska stora förstöringar i ledhufvudet, mindre deremot i fallet XXV.

Hvilken förklaring dessa förhållanden än må erhålla, så tyckes dock framgå, att i regel vid de fall af

höftledsinflammation, der härdar i bäckenet funnits, benet varit flekteradt, adduceradt och utåt roteradt, då deremot det andra slaget af ställningsanomali förekommit mest vid de primära femurcoxiterna. Det förtjenar dock framhållas, att dessa observationer betydligt förlora i beviskraft derigenom, att de ej äro fullt enhetligt gjorda. De skilda fallen hafva nämligen blifvit observerade under olika utvecklingsstadier af sjukdomen, en del tämligen i början af densamma, andra under långt framskridna stadier med vidt utbredda förstörelseprocesser i leden. Det är sålunda ovisst, om icke redan i många fall en förändring af ställningsanomalin försiggått eller senare hade inträdt, om sjukdomsfallet ej genom mellankommande terapeutiska åtgärder blifvit undandraget en fortsatt observation.

Dhourdin ¹⁾ har kommit till det resultat, att vid den acetabulära coxiten ofta någon deviation och ställningsanomali i extremiteten icke förekommer. Men då en dylik uppstår, vore i regel benet flekteradt, abduceradt och utåt roteradt, hvilken ställning skulle bibehålla sig ganska länge under höftlidandets utveckling och endast i sjukdomens sista stadier i en del fall öfvergå i adduktion och inåtrotation. Den förstnämnda ställningsanomalin ansåg *Dhourdin* i likhet med *Cazin* uppkomma genom en tillsvällning af ledytan i pannan.

Att den mekaniska teorin ej tillräckligt förklarar dessa förhållanden, är klart, ty om verkligen de vid intraartikulära injektioner vunna resultaten här skulle hafva sin tillämpning, kunde ingalunda uti fall, der stora defekter funnits i ledpannan, en ställningsanomali uppkomma, som ju borde antyda ett förökadt intraartikulärt tryck. En tänkbar förklaring kunde dock vara, att den med bäckenlidande behäftade patienten mer eller mindre

¹⁾ l. c. pag. 89.

ofrivilligt antagit denna ställning af benet för att minska spänningen i ledkapseln och derigenom hindra femurhuvudet att mot den karierade pannan utöfva ett tryck, hvilket naturligtvis måste framkalla smärta.

Frågan om skilnaden mellan en skenbar och en reel förlängning eller förkortning af undre extremiteten på den sida, der den afficerade höftleden har sitt läge, har i korthet blifvit berörd i historiken. Dervid bör dock väl beaktas den olikhet, som finnes mellan en längddifferens begge extremiteterna emellan, då måtten tagas från någon fast punkt på bäckenet till en motsvarande på extremiteten, och skilnaden i längd mellan sjelfva lårbenen. Ty om spetsen af trochanter major öfverskjuter den *Roser-Nèlatonska* linien lika mycket, som det sjuka benet är kortare än det oangripna, så existerar en verklig förkortning af benet, då deremot lårbenen på hvardera sidan äro lika långa. Det är hufvudsakligast vid de epifysbråsk som sammanstöta i knäleden, d. v. s. vid lårbenets undra och underbenets öfra del, som tillväxten i den nedra extremiteten försiggår. Dock medför en förstöring af öfra epifysbråsk i bäckenet alltid en märkbar förkortning af extremiteten. Om en osteomyelitisk process har sitt läge i närheten af nämnda bråsk och detta sålunda blir sekundärt förstördt, måste deraf uppkomma en förkortning. Men å andra sidan kan närvaran af en inflammation i bensystemet verka som irritament och derigenom framkalla en förökad nybildning, hvarigenom som en naturlig följd en förlängning uppkommer.¹⁾ Det är naturligtvis oftast vid höftledsinflammationer, som uppkommit ur en osteal affektion af lårbenet, en längdolikhet på ofvannämnda grunder uppstår. Ett typiskt fall i detta afseende är XVII, der vid en högersidig coxit med en stor osteal hård i collum femoris en förlängning belöpande sig till

¹⁾ L. Ollier. Traité des Resections. Paris 1885, pag. 114.

tre ctm., befunnits uti högra lårbenet. Dessutom visa de femorala fallen XVI och XXII en om ock obetydlig förlängning af os femoris. Endast i fallet XXIX anträffades en half ctm:s förkortning af högra lårbenet, der en epifysaflösning i femurhufvudet försiggått. Deremot har i intet acetabulärt fall en förlängning af lårbenet kunnat uppvisas, men väl en obetydlig förkortning vid fallet XXVIII.

Den vanligaste orsak till förkortningen af benet i dess helhet är en benusur såväl af ledpannans ben som lårbenshufvudet. Men derjemte kan förkortningen framkallas af en patologisk fraktur af lårbenshalsen, eller en epifysaflösning i ledhufvudet, en luxation af ledhufvudet bakåt och uppåt, eller ock en perforation af caput femoris genom pannans botten in i bäckenet. Då de i kasuistiken upptagna fallen äro observerade under olika utvecklingsstadier af sjukdomen, erbjuder en jämförelse mellan de femorala och acetabulära fallen i detta syfte föga intresse. I ett femoralt fall XXIX fanns en stor förkortning af benet (7 ctm.) jemte symptom af luxation; vid resektionen visade det sig, att en epifysaflösning förelåg.¹⁾

Den smärta, som patienten anger, då ledhufvudet våldsamt drifves in i pannan, vare sig att detta utföres genom direkt slag mot trochanter major eller genom en stöt mot det något flekterade knät i lårbenets längdriktning, är af ytterst olika intenstet.

¹⁾ Uppmärksamhet förtjenar fallet X. Trochanter major stod 2,5 ctm. ofvanom Roser-Nèlatonska linien, under det hvardera lårbenen voro lika långa. Detta förhållande borde hafva antydtt en höggradig förstoring af ledpannan uppåt och bakåt. En dylik anträffades äfven vid resektionen, men derjemte befanns lårbenshalsen bilda med trochanter major, eller rättare uttrykt, med lårbenet en vinkel mindre än en rät. I öfra delen af lårbenet i omgifningen af den osteala härden måste hafva försiggått någon osteomalacisk process, hvarigenom i det uppmjukade benet på grund af muskelverkan denna deviation uppstått. *Volkmann* anför (Sammlung klinischer Vorträge 1873 N:o 51 pag. 300) ett likartadt, ehuru ännu mera typiskt fall.

Bland de fall, der osteala härda förkommit i öfra femur diafysen finnas i åtta (III, IX, XIII, XIX, XXII, XXVII, XXIX, XXX) inga anteckningar gjorda om smärtan¹⁾, vare sig att denna ej förefunnits eller någon undersökning ej blifvit gjord. Att vid de båda fallen med ankylos i höftleden (XIII och XXII) någon smärta ej skulle uppkomma, är själfallet. Deremot finnes vid ett af de mest typiska fall af femurcoxit (XXVI) observeradt, att ömhet vid tryck mot trochanter major icke förekom. Återstå fem fall, af hvilka hos två patienter (VI, XVI) stark smärta uppkom vid tryck mot trochanter major och i fallet XVI äfven vid slag mot knät i lårbenets längdriktning, i de öfriga deremot voro smärtyttringarna mindre (i fallet XVII finnes endast antecknadt att pat. angaf smärta i höftleden). Följande förhållande eger rum i de fall, der benhärda funnits i bäckenet. I tre fall (II, VII, XXI) ha patienterna, då ledhufvudet trykts mot pannan, känt en häftig smärta; särskildt finnes antecknadt vid fallet VII, som är ett typiskt fall af höftlidande, uppkommet genom en acetabulär osteomyelit, att hvarje tryck af ledhufvudet mot pannan var för patienten ytterst plågsamt. Det samma var äfven förhållandet vid ett af fallen (XXV) med härda i höftledens hvardera ben, men med stora förstöringar isynnerhet af ledpannan. Någon uppgift om den del af höfttrakten, i hvilken patienten förlägger smärtan, finnes icke.

Att ur dessa uppgifter draga några afgörande slutsatser, är omöjligt. Ty bland de femoral fall, der smärta uppkommit vid tryck, finnas några, der acetabulum är ganska väl bibehållet till och med nästan intakt (XVI), under det att i andra fall åter ingen smärta angifvits af patienter, behäftade med stora förstöringar i acetabulum.

¹⁾ Patientens ålder i fallen IX och XXVII, 2 och 4 år, torde hindrat erhållandet af noggrann uppgift.

I allmänhet har smärtans läge och intensitet väckt en rätt stor uppmärksamhet, och många olika sätt, hafva föreslagits, för att framkalla densamma. Sättet, att genom tryck mot trochanter major eller slag mot det flekterade knät försöka frambringa densamma, härleder sig från *Brodie* ¹⁾, som ansåg, att smärtan var ett tecken på osteala läsioner. En motsatt åsigt hyllas af *Maisonneuve* ²⁾, *Martin* och *Collineau* ³⁾ samt *Erichsen* ⁴⁾, hvilka ansågo, att smärtan i leden karakteriserade den från de mjuka delarna i densamma utgående formen, hvilket antagande åtminstone ej finner något stöd af de i kasuistiken upptagna tre fall af synovial coxit. Ett nära sammanhang finnes mellan den på ofvannämndt sätt framkallade smärtan, och den, som uppkommer vid aktiv eller passiv rörelse i den angripna leden. De tuberkulösa ledgångsaffektionerna, isynnerhet de, som äro af primärt synovial natur, karakteriseras i allmänhet genom sin ringa grad af smärta. Ofta röra sig personer, lidande af en fungös affektion i någon af fotens leder, utan någon synnerlig smärta, oaktadt stora förstörelingar föreligga, likasom ett tuberkulöst ledlidande i någon af de öfra extremiteternas ledgångar i många fall på grund af sin smärtlöshet icke väsentligen inskränker funktionsförmågan. Det är i endast få fall uppkomsten af en häftig smärta i höftleden vid aktiv eller passiv rörelse finnes antecknad, hufvudsakligast uti tre fall (I, II, VII) hvilka alla äro acetabulära, samt ett femoralt (V) med förstöreling af ledpannan. Af ofvanförda tyckes dock den slutsats kunna dragas, att de acetabulära formerna i allmänhet vore förenade med större smärta för patienten, än de femorala, en åsigt, till hvilken äfven *Dhourdin* ⁵⁾ ansluter sig. Deremot får

¹⁾ *L. A. Alexandre*, l. c. pag. 19.

²⁾ l. c. pag. 104.

³⁾ l. c. pag. 232.

⁴⁾ l. c. pag. 673.

⁵⁾ l. c. pag. 78.

det af *Erichsen* framhållna påståendet, att smärtan vid bäckencoxit skulle lokalisera sig i fossa iliaca externa eller interna ej något stöd af dessa fall.

Säkrare resultat, än ofvananförda undersökningar, bör en palpation af de leden bildande benen, lårbenet och bäckenet gifva. Hvad undersökningen af det förstnämnda beträffar, så äro endast öfre delen af diafysen samt trochanter major tillgängliga för palpation. Om de osteala härdarna ha sitt läge i den närmast trochanter major belägna delen af collum femoris, uppkommer ofta en periosteal retning vid nämnda benutsprång, likasom äfven härdar i diafysens öfre del kunna ha en uppvisbar förändring af benhinnan i denna del af lårbenet till följd. I omgifningen af de osteala härdarna anträffas rikliga nybildningar af osteofyter hvarjemte angränsande väfnader äfven äro infiltrerade. En uppdrifning af trochanter major och en infiltration i de mjuka delar, som omgifva nämnda benutskott, antyda naturligtvis tillvaran af en osteal process i öfre delen af lårbenet, collum femoris eller trochanter major. Men om lidandet varit primärt synovialt, eller utgått ur bäckenet, och en sekundär kariös process uppkommit i höftledshufvudet, kan stundom nämnda symptom äfven uppträda. Vid de två femorala fall, der den inflammatoriska processen aflupit (XIII och XXII) saknas naturligtvis detta symptom. I åtta fall deremot finnas en uppdrifning af trochanter major och en infiltration i omgifningen af densamma. I ett fall (XVI) är hela öfre delen af lårbenet uppdrifven. Endast en gång finnes antecknadt, att trochanter major varit fullkomligt normal, ehuru en härd funnits i collum femoris (XXVI); men denna härd hade sitt läge alldeles invid lårbenshufvudets epifysbråsk.

Vida större svårighet erbjuder en undersökning af ledpannan. Det är egentligen den mot bäckenets inre vetande sidan af densamma, som kan bli föremål för digital

palpation. Lättaste och enda vägen att utföra denna undersökning är att införa fingret genom rectum i lilla bäckenet, då icke blott en vid inre pannväggen belägen infiltration kan uppvisas, utan äfven genom tryck mot detta ställe symptom af smärta framkallas¹⁾. Metoden, tidigare använd af *Volkmann*²⁾ och *Ollier*³⁾, har blifvit utbildad och konsekvent utförd vid alla fall af coxit hos barn af *Cazin*⁴⁾ med stöd af *Tillaux's* undersökningar af bäckenets och specielt ledpannans anatomiska förhållanden. I många fall (se ofvan) har *Cazin* senare kunnat konstatera riktigheten af sina undersökningar. Redan i början af sin tillvara skulle en osteal process i bäckenet kunna diagnostiseras genom den smärta, som patienten anger vid tryck mot den inre väggen af pannan. Att i ett mera framskridet stadium en infiltration med lätthet kan uppvisas, är naturligt. Mot metoden, som varmt förordas af *Dhourdin*⁵⁾, hafva dock betänkligheter uttalats af *Lannelongue*⁶⁾, som påstår, att denna endast har något värde vid de fall, då en uppdrifning förekommer i bäckenet, d. v. s. under framskridna fall. Stödd på observation af några fall, der en tidig undersökning af ledpannans ben per rectum varit ett godt hjälpmedel vid uppgörandet af diagnosen, förordar *Schmitz*⁷⁾ denna methods användande redan i sjukdomens början; han har nemligen kunnat uppvisa en osteal härd i pannan förr, än den egentliga arthropathien uppkommit. Tyvärr har endast i ett af de i kasuistiken upptagna fallen [XXVI] en dylik

¹⁾ Hos kvinnor är en undersökning per vaginam äfven utförbar.

²⁾ *R. Volkmann*, Beiträge zur Chirurgie. Leipzig 1875, pag. 168.

³⁾ *Revue de Chir.* Tome I, 1881, pag. 378.

⁴⁾ *Revue de Chir.* Tome II, 1882, pag. 191.

⁵⁾ l. c. pag. 106.

⁶⁾ *Simonneau* l. c. pag. 39.

⁷⁾ *Arnold Schmitz*, Ueber den diagnostischen Werth der Untersuchung per rectum bei Coxitis. *Centr. bl. f. Chir.* 1886, N:o 11.

undersökning blifvit gjord och då med negativt resultat. Vid derpå företagen resektion befanns ledpannan intakt. Emellertid vore metoden varmt att förordas. Tidigt använd samt konsekvent genomförd, bör denna gifva en säker upplysning om tillståndet i ledpannan.

Bland de sist uppträdande symptom vid en inflammation i höftleden äro lymfkörtelsvullnader och periartikulära abscesser.

Det är trenne grupper af lymfkörtlar, hvilka vid en höftledsaffektion blifva afficerade, de ingvinala, de iliakala och slutligen lumbalkörtlarna. — Hufvudsakligast är det körtlar från de båda förstnämnda grupperna, som angripas, men det intima sammanhang, som existerar mellan dessa och de s. k. glandulæ lumbales gör, att äfven de senare vid sjukliga störingar i höftleden med intresseras. Dessutom ligga strax innanför höftbenskammen i fossa iliaca interna några körtlar, som direkte stå i sammanhang med lumbalkörtlarna ¹⁾. Det är företrädesvis vid de former af höftledsinflammation, som utgå ur en acetabulär osteomyelit, vid hvilka bäckenkörtlarna äro angripna.

Enligt *Cazin* ²⁾ leda lymfkärnen från acetabulum och musculus obturator internus, hvilken ligger strax innanför detsamma, till de iliakala samt till de vid bäckenkammens insida belägna lymfkörtlarna. Då vid en primärt synovial eller en primärt femoral coxitis acetabulum sekundärt angripes, finnes äfven samma orsak för uppkomsten af en affektion i dessa lymfkörtlar. I fyra fall af femurcoxitis [VI, XVII, XXVI och XXVII] är antecknadt, att bäckenkörtlarna varit normala, då deremot i de acetabulära fallen [XXI och XXV] en resistens anträffats vid palpation i fossa iliaca interna, samt i fallet VII lumbalkörtlarna

¹⁾ Ofvananförda anatomiska notiser äro hemtade från arbeten af *Hollstein*, *Heitzmann*, *Hyrtil* och *Tillaux*.

²⁾ l. c. pag. 27.

varit angripna på samma sida, der den angripna leden funnits. Men derjemte finnas äfven i de fall, der stora sekundära förstöringar förekommit i ledpannan (XII och XXIV), förstörade bäckenkörtlar. I ett fall (XXIX) af femurcoxit, der visserligen en stark sekundär retning funnits i bäckenets ben, då os ilei var förtjockad, men der ledpannan icke varit synnerligt höggradigt afficerad, voro bäckenkörtlarna angripna, hvilket föranledde antagandet af en primär affektion i ledpannan, innan resektionen gaf upplysning om tillståndet i leden. I de fall, der en palpation af bäckenets inre i följd af spända bukbetäckningar är försvårad, torde äfven genom att touchera per rectum de i fossa iliaca belägna körtlarna blifva tillgängliga för undersökning. Hvad de ingvinala körtlarna beträffar, ha de varit angripna i två primärt acetabulära fall (II, VII), men i endast ett femoralt [VI]. Såsom ett icke ovanligt, åtminstone under ett mera framskridet stadium af coxit uppträdande symptom, erbjuder en tillsvällning af de ingvinala lymfkörtlarna vid de olika slagen af höftlidande icke något karakteristiskt differentialdiagnostiskt kännetecken.

Slutligen är ännu att beakta de vid ett mera framskridet höftlidande uppkommande periartikulära abscesserna och fistlarna. I många fall kan fistlarnas läge ge en god ledning för diagnosen, isynnerhet då en genom dessa inför sond leder till det benparti i leden, hvarur processen utgått.

Det synes naturligt, att i trakten af trochanter major uppkommande sänkningsabscesser och fistlar skulle tala emot förekomsten af ett primärt pannlidande. *Erichsen* ¹⁾ angifver, som ofvan redan nämndes (pag. 22), nogrannt de ställen, der abscesser och fistlar vanligen uppkomma vid de olika formerna; vid den acetabulära naturligtvis i bäckenet med utbrott vid lig. poupartii eller

¹⁾ l. c. pag. 672.

rectum eller genom incisura ischiadica till bakdelen af låret. Dock är i det primärt acetabulära fallet XXI endast trochantertrakten sätet för tvenne fistlar, men härvid förekomma sekundär processer i lårbenets hufvud och hals och i trochanter major.

Varsamlingar kunna enligt *Volkmann's af Haberen*¹⁾ framhållna åsigt från höftleden på olika vägar nå bäckenet, utan att pannan perforerat. Antingen går varet öfver os pubis in i bäckenet, i följd af att kapselinsertionen vid tuberculum ileopectineum lösspränges, eller ock perforerar kapseln vid mediala randen af lig. Bertini. Slutligen kan en para-artikulär abscess i bäckenet utgå från lymfkörtlarna i fossa iliaca utan att kommunisera med leden. Det senaste sättet för uppkomsten af varsänkningsar i bäckenet är ock det vanligaste vid de primärt acetabulära fallen. En bäckenabscess är således ingalunda något säkert tecken på en förutgången primär pannaffektion. Så kan man af de vid det primärt femorala fallet XIII i lumbal och ingvinal trakterna förekommande fistlarna antaga en förutgången varsamling i bäckenet. Äfven i fallet XXVI, som räknats till de femorala, förekommer en bäckenabscess, som perforerat vid rectum. Vid den femorala formen anser *Erichsen*, att glutealvecket och trakten af musculus pectineus vore de ställen, der fistlar uppkommo. De i kasuistiken upptagna fallen tyckas äfven delvis bekräfta detta antagande, då i två femorala fall fistlar i glutealvecket uppkommit (IX, XXVII). Deremot är det enda fall (XXIII), der fistlar funnits vid musculus pectineus, ett acetabulum lidande. Dock är det i allmänhet under en så sen tidpunkt af sjukdomen som den, då fistlar uppträda, af mindre vigt att kunna bestämma utgångsstället för den sjukliga processen. Då föreligger vanligtvis en panarthrit af den utsträckning,

¹⁾ l. c. pag. 193.

att någon konservering af ledgången ej är möjlig, utan en ingripande behandling och aflägsnandet af leden i dess helhet blir nödvändig.

Ännu förtjenar att beaktas det förhållande, uti hvilket de med ett tuberkulöst höftlidande behäftade individernas allmänna tillstånd står till de olika slagen af höftaffektion. Hvad för det första dödligheten beträffar, ha sju fall haft letal utgång, af hvilka, utom det obestämbara fallet VIII, fyra varit pannlidanden (I, IV, XI, XXV), de två sistnämnda med härdar äfven i lårbenet. Två fall, V och XXII, äro femorala. I alla fall, der obduktionsresultat finnas, har dessa angifvit utbredda tuberkulösa förstöringar af inre organ. De redan tidigare (pag. 57) omnämnda komplikationerna af tuberkulösa processer i andra delar af organismen hos patienter, hvilka icke af lidit, förekomma i ett acetabulärt (XXI), två femorala (IX och XXIX) och ett synovialt fall (XIX). Som synes, kunna om dessa förhållanden af ett så litet antal fall ej några säkra slutsatser dragas.

Efter att sålunda hafva granskat de olika symptom, som karakterisera såväl den acetabulära som den femorala formen, kan det förtjena att i korthet sammanställa dem, för att derigenom erhålla en bättre öfversigt.

Den *acetabulära* formen uppträder vanligen under den mera framskridna barnåldern och hufvudsakligast hos gossar. Bland subjektiva symptom framträder i synnerhet smärtan i knät på samma sida, som höftleden är angripen. En ställningsanomali med flexion, abduction och utåt rotation uppkommer. Patienten anger stark smärta, då ledhufvudet tryckes mot pannan, vare sig genom ett slag mot trochanter major eller mot det flekterade knät i lårbenets längdriktning. Undersökningen per rectum ger positivt resultat, i det att antingen den mot bäckenet vettande inre väggen af ledpannan är ömmande för tryck, eller en infiltration af väfnaderna på

nämnda ställe kännes. Lymfkörtlarna i fossa iliaca interna tillsvälla och kunna tidigt palperas genom undersökning per rectum. Till sist uppkomma sänkningsabscesser vanligen i bäckenet med fistlar på de för bäckenabscesser karakteristiska ställena.

Ett nyligen på kirurgiska kliniken reseceradt fall af primärt acetabulärt höftlidande förtjenar att i detta sammanhang omnämnas, emedan det i många hänseenden tyckes bevisa riktigheten af det ofvananfödda.

XXXI. E. A. T., 15 år, gårdsegaredotter från Loppis, intagen på sjukhuset 19/9 1888 (N:o 464).

Anamnes: Sedan slutet af december 1887 har pat. känt en lindrig smärta i högra höftleden, till en början endast vid häftig rörelse, sedan januari äfven vid gående. Hvar smärtan varit lokaliserad, kan hon ej säkert uppgifva. Vid speciel tillfrågan säger hon sig dock hafva känt den i hela högra benet. I mars uppstod en häftig värk i höftleden, så att all rörelse var omöjlig. Inga hereditära anlag äro kända.

St. præs.: Pat. är väl nutrierad ehuru blek, urinen albuminfri.

Högra benet är flekteradt i höftleden, abduceradt och utåt roteradt. Trochanter major står något öfver Roser-Nèlatonska linien. Högra benet 1 ctm. kortare än det venstra (spina il. ant. sup. — malleol. extern.). Häftig smärta vid passiv rörelse samt vid tryck mot trochanter major. Vid touchering per rectum kännes ingen uppdrifning eller ömhet vid tryck mot acetabuli inre vägg, deremot iliakal-körtlarna uppdrifna. Äfven ingvinalkörtlarna äro svullna. Trochanter major obetydligt uppdrifven.

Vid resektion: I botten af acetabulum finnas några mindre sequestrar. Mellan os pubis och os ilei finnes upptill en perforation af en fingerändas storlek, genom hvilken bäckenlymfkörtlarna framträda. Kapseln är höggradig förtjockad.

Någon bestämd ålder, under hvilken den *femorala* formen hufvudsakligast skulle förekomma, kan ej uppvisas, utan tyckes den kräfvat sina offer från de första lefnadsåren ända till pubertetsperioden, utan någon synnerlig skilnad de olika könen emellan. Några karakteristiska subjektiva symptom finnas ej. Smärta i knät kan nog uppträda, men gör det då vanligen senare; ej heller erbjuder ställningsanomalin någon säker ledning för diagnosen. En per rectum företagen undersökning utfaller nega-

tivt. Rörelserna i leden samt tryck mot densamma på ofvanangifvet sätt äro vanligtvis ej förenade med någon nämnvärd smärta. En uppmätning af hvardera lårbenet kan visa antingen en reel förlängning af lårbenet på den angripna sidan eller i några fall äfven en förkortning. Svullnad och infiltration uppstår i ledtrakten och vid trochanter major, som ofta kännas uppdrifven. Äfven öfre delen af lårbenet är stundom förtjockad. Sänkingsabscesser och fistlar uppkomma vanligtvis i sjelfva ledtrakten vid lårets främre och yttre sidor samt i glutealtrakten.

Genom en i anslutning till ofvanförda sammanställningar företagen granskning af de fall, der härdar funnits i såväl i öfre delen af lårbenet som i ledpannan, böra vid dessa sjukdomsfall symptom kunna uppvisas, hvilka äro karakteristiska för hvardera dessa former. Patienternas ålder, då sjukdomen börjat (7, 10 och 12 år) är den vid acetabulum coxiter vanliga. Några speciela etiologiska moment föreligga ej. I två fall (XI, XX) hafva de sjuka plågats af knäsmärta och i hvardera fallet har det varit ett tidigt uppträdande symptom. Ställningsanomalin har ej erbjudet någonting karakteristiskt. Vid den lokala undersökningen har i alla fall sjelfva höftledstrakten varit svullen, i fallen XI och XX äfven trakten af trochanter major. I endast ett fall [XXV] har en tydlig resistens i bäckenet varit palpabel. Då trochanter major trycktes mot leden, har den sjuka (fallet XXV) angifvit stark smärta. Hvad fistlarnas läge beträffar, antyder detta i fallen XI och XX tillvaran af en femuraffektion. De äro nämligen belägna på lårets yttre sida under trochanter major. Intet af dessa fall erbjuder sålunda några så karakteristiska symptom, att man af dem med säkerhet kunde sluta till ledaffektionens natur. Väl angåfvo patienterna i fallen XI och XX den vid acetabulära affektioner vanligen tidigt uppträdande knäsmärtan, men de öfriga symptomen

tyda på, att den sjukliga affektionen lokaliserat sig förnämligast i öfre delen af lårbenet. Den bästa ledning för diagnosen erhålles kanske dock vid fallet XXV, der visserligen knäsmärtan saknas, men der en förkortning af lårbenet om ock obetydlig samt en infiltration i höfttrakten äro för femurcoxiter karakteristiska symptom, under det att en stark ömhet vid tryck mot trochanter major och infiltration i fossa iliaca interna angifva, att ledpannan är angripen. Alldeles otillräckliga äro dock dessa symptom, för att af dem skulle kunna dragas några bestämda slutsatser, då ofta vid något mera framskridna fall liknande symptom finnas förenade.

Slutligen må i korthet en flyktig granskning egnas åt de tre *synoviala fallen*. Hvarken hvad ålder eller kön beträffar, erbjuda de någonting anmärkningsvärdt. Som etiologi anföres i ett fall (XIV) ett trauma jemte det i fallet XVIII en hereditär disposition för tuberkulos förefinnes. I allmänhet tyckas dessa fall utmärka sig genom en icke synnerligt höggradig smärta, hvarken vid aktiv eller passiv rörelse eller då tryck utöfvas mot leden. Derjemte har den passiva rörligheten i leden varit ganska fri. Någon typisk ställningsanomali i det angripna benet vid den synoviala coxiten framträder ej. De mest i ögonenfallande symptom äro en vid trochanter major uppkommande svullnad, ett symptom, som anföres af *Barwell*¹⁾, samt ömhet vid tryck mot detta benutskott. I allmänhet uppkommer vid de osteala fallen, i följd af usur i lårbenet eller isynnerhet i pannan, en reel förkortning af benet, jemte det trochanter major är förskjuten ofvanom *Roser-Nèltonska* linien. Vid alla dessa som synoviala ansedda fall saknas detta symptom, ehuru åtminstone två af dem (XVI, XVIII) varat omkring ett år. Uti det tredje fallet (XV) uppkom under vistelsen i sjukhuset en förkortning

¹⁾ se ofvan pag. 23.

af lårbenet. Några körteluppdrifningar ha ej förekommit i dessa fall och endast i ett (XVIII) en sänkningsabscess på låret. *Erichsen* ¹⁾ säger väl, att vid den synoviala formen några abscesser vanligen ej uppkomma, under det att *Martin* och *Collineau* ²⁾ anse, att abscesser i ledens omgivning äro bland de tidigast uppträdande symptom vid en kapsulär coxalgi. Derjemte förtjenar ännu den i fallet XV uppkomna patologiska luxationen att omnämnas, ett symptom som af flere äldre författare framhållits såsom isynnerhet karakteriserande de synoviala coxiterna.

Göres nu ett försök att med ledning af ofvananförda differentialdiagnostiska kännetecken bestämma, till hvilken grupp de tre sjukdomsfall böra hänföras, hvilka betecknats såsom osäkra, så måste väl i fallet VIII på grund af anamnesens upplysning, att någon knäsmärta ej förekommit, vidare på grund af ställningsanomalin, svullnaden vid trochanter major, der äfven senare en abscess uppstått, samt på grund af den ringa smärta, ett direkt tryck mot leden förorsakat patienten, en primär acetabulum-affektion med bestämdhet kunna uteslutas. Huruvida processen är en primärt synovial eller utgått ur en osteit i öfra delen af lårbenet, är svårt att afgöra. Den tidigt uppkomna knäsmärtan, ställningsanomalin med adduktion, flexion i höftleden och inåt rotation, svullnaden vid trochanter major samt förekomsten af svullna lymfkörtlar i lilla bäckenet jemte ömheten vid tryck mot leden äro symptom, som tala för, att i fallet XII härda funnits såväl i ledpannan som i lårbenet. Samma antagande kan äfven göras vid studium af fallet XXIV. Smärtan i knät, den vid en acetabulumcoxit vanliga ställningsanomalin, den häftiga smärta, patienten känner, då ledytorna närmas hvarandra, samt svullnaden i fossa iliaca interna, tyckas angifva, att i detta fall härda förekommit i bäckenet, då åter en vid trochanter major belägen infiltration antyder, att en inflammationsprocess funnits i öfre delen af lårbenet, hvil-

ket äfven resektionen visat, då vid denna en osteal härd anträffades i collum femoris.

Vill man således i kliniskt afseende särskilja mellan patologiskt-anatomiskt olika grupper af tuberkulöst höftlidande, hvilka karakteriseras genom utgångsstället för den sjukliga process, som gifvit upphof åt ledgångslidandet, så är det ej tillfylles, att jemte den synoviala formen afskilja två slags osteala coxiter, en femoral och en acetabulär. Till dessa senare måste ännu räknas en osteal form, der härdar anträffas såväl i lårbenet som i ledpannan, d. v. s. en *femoralt-acetabulär* form.

Behandling.

Det är den moderna kirurgins sträfvan, att vid patologiska störningar i ledgångarna ur desamma såvidt möjligt aflägsna endast sjukligt förändrade delar med bibehållande af leden i dess helhet. Om nämligen en regelrätt resektion utföres, aflägsnas dervid äfven lätt de i ledgångarnas omedelbara närhet befintliga epifysbråskén, vid hvilka längdtillväxten i benen hufvudsakligen försigår. För en dylik konserverande behandling är dock en säker diagnos af nöden. Vid de flesta af extremiteternas ledgångar är det lätt isynnerhet hos barn, att vid uppträdande sjukliga förändringar redan genom en yttre undersökning bestämma deras läge och utbredning samt äfven att utifrån angripa desamma. Om på denna väg en säker diagnos ej blir möjlig, kan utan fara för patienten leden öppnas och de sjukliga förändringarna sålunda blifva tillgängliga för ett direkt ingrepp. Ett annat och mera inveckladt förhållande existerar deremot vid höftledslidanden. Af alla kroppens större ledgångar är höftleden mest undandragen en direkt undersökning. Lårbenshufvudets läge i ledpannan, det tjocka muskellager, som finnes vid öfra delen af låret, och slutligen ledpannans läge, omöjliggör ofta en noggrann kännedom om den sjukliga processens läge och utbredning. De flesta kirurger torde hafva gjort det rön, att då en resektion af höftleden företagits hos en patient, behäftad med ett tuberkulöst ledgångslidande, förstörelseprocesserna i leden varit mera utbredda, än man på grund af den yttre undersökningen haft skäl att antaga.

Detta gäller isynnerhet de fall af höftlidande, som utgått ur en osteal process i ledpannan. Likaså torde de genom en resektion erhålla resultaten, hvad funktionsförmågan beträffar, speciellt hos barn lemna mycket öfrigt att önska.

Af hvilken ofantlig vikt i terapeutiskt hänseende det är, att redan under de tidigare stadierna af ett tuberkulöst höftlidande kunna erhålla en säker kännedom om läget af de osteomyelitiska härdar, som framkallat ledaffektionen, är lätt insedt.

De flesta författare, som studerat den tuberkulösa höftledsinflammationen och framhållit dess uppkomst ur benhärdar i lårbensepifysen, hafva äfven bevisat möjligheten af att på sätt och vis säkerställa ledens bestånd genom ett tidigt aflägsnande af dessa osteala härdar. Det händer ju stundom, att i collum femoris belägna härdar, i stället för att perforera inåt leden, söka sig en utgång genom trochanter major. Detta gäller naturligtvis i ännu högre grad de i eller i närheten af trochanter major belägna härdarna. Det är naturen som sålunda gifvit en anvisning för behandling af dylika affektioner.

Att *Hueter* skulle vara varmt tilltalad af detta sätt att konservativt behandla ett höftlidande, är naturligt, då han ansåg, att så godt som hvarje coxitis i barnåren utgick från en osteal affektion i öfre femurepifysen. Han ¹⁾ citerar den patologiska anatomen *Meckels* ord, att man borde behandla hvarje coxitis med osteala härdar i lårbenet genom trepanation af trochanter major och collum femoris, och på denna väg aflägsna de sjukligt förändrade benpartierna samt läka coxiten. Dock företog *Hueter* icke denna operation, utan använde i stället insprutningar af kurbolsyrelösning, hvilken han genom trochanter major

¹⁾ l. c. Bd. II, pag. 362.

gjorde i det sjukligt förändrade benet. Fullt medveten om den betydelse, de i öfre femurepifysen belägna tuberkulösa benhårdarna hafva som orsak till uppkomsten af likartade höftledsprocesser, föreslog *Kocher*¹⁾ en behandling af dessa hårdar med ignipunktur. Brännandet skulle verka dels rent förstörande på de patologiskt förändrade väfnaderna, dels åstadkomma en akut inflammatorisk retning med påföljande osteoskleros. Enligt de publicerade sjukhistorierna har han ej behandlat något höftlidande på detta sätt. Dock anför han ett fall, vid hvilket han ansåg att en dylik behandling varit indicerad. Det direktaste sätt att behandla dessa osteala hårdar i öfre delen af femur är utan tvifvel ett operativt aflägsnande af dem. Att med ett långt snitt klyfva huden öfver trochanter major, med mejsel intränga genom detta benutskott i collum femoris samt derifrån med skarp slef uttaga kariöst ben, granulationer eller sequestrar låter lätt utföra sig. Möjlighet finnes ju, att på denna väg genom collum intränga ända in i caput tätt under ledgångsbråsket på lårbenshufvudet, utan att inre delen af leden på något sätt blir indragen i operationen. Om förstöringarna i leden äro af den utbredning, att detta konservativa förfaringssätt ej är tillfyllesgörande, utan en resektion blir nödvändig, låter den alltid utföra sig genom samma snitt.

*Schede*²⁾ anför två fall af coxit hos barn, der han genom en utskrapning af sjukliga väfnader helt och hållet ersatt resektionen; i det ena fallet var äfven pannan angripen.

¹⁾ *Th. Kocher*, Zur Prophylaxe der fungösen Gelenkentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der chronischen osteomyelitis und ihrer Behandlung mittelst Ignipunktur. Sammlung klinischer Vorträge N:o 102, 1876, pag. 896.

²⁾ *M. Schede*, Ueber den Gebrauch des Scharfen Löffels bei der Behandlung von Geschwüren. Halle a/S. 1872, pag. 30.

Volkmann ¹⁾ säger sig tvänne gånger med skarp slef hafva aflägsnat från öfre lårbensepifysen sjukligt förändrade delar och beskriver ett fall med patologisk luxation af ledhufvudet och fistlar i ledens omgifning, vid hvilket han anträffat i collum femoris och trochanter major en stor benhård, hvilken han utskrapat jemte fistlarna. Vid detta fall var ledgångsbråsket fullkomligt glatt och oangripet. Samma författare ²⁾ beskriver tvänne präparat, erhållna vid höftledsresektion, der ett dylikt konserverande förfaringssätt varit fullt indicerat och antagligen lemnat ett mycket godt resultat. Ehuru man enligt *Königs* ³⁾ åsigt ytterst sällan lyckas diagnostisera en osteal hård i öfra delen af femur förr, än den redan perforerat i leden, så anser han det dock för en särdeles tacksam uppgift att på operativ väg aflägsna dessa hårdar, då de i tid upptäckas. Som exempel anför han ett fall, der genom en fistelöppning vid trochanter major, som utvidgades, tuberkulösa granulationer utskrapades från lårbenets hals och hufvud, och der två år efter operationen läkningen var fullständig. Dessa få exempel äro anförda för att visa, att en dylik operation är utförbar och äfven blifvit utförd med godt resultat. — Äfven på härvarande klinik hafva två liknande operationer blifvit gjorda af prof. *Saltzman*.

I. J. W., 7 årig bondson från Orimattila intogs den 28 september 1885 på kirurgiska afdelningen ⁴⁾. Modern, som åtföljde barnet, påstod att det varit fullkomligt friskt ända till den 20:de i samma månad, då det under lek stötte främre delen af högra underbenet. Dagen derpå begynte pat. klaga öfver värk i underbenet samt någon dag senare äfven i högra höften. Pat. hade kunnat gå ända till den 26:te, men derefter varit tvungen att intaga sängen. Under hela tiden hade han haft upprepade frossbrytningar och hetta i kroppen.

¹⁾ *R. Volkmann*, Samml. klin. Vortr. N:o 51. 1873, pag. 295.

²⁾ *R. Volkmann*, Samml. klin. Vortr. N:o 168—169, pag. 1409 o. 1410.

³⁾ *F. König*, Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke, pag. 124.

⁴⁾ Fallet finnes förut publicerat i Finska Läkaresällskapets Handlingar, Bd XXIX. 1887, N:o 3.

Pat. klen bygd, mager och blek. Från inre organerna intet att anmärka. Temperaturen 38,9°.

Högra bäckenhalfvan lindrigt framskjuten; högra benet abduceradt, något utåt roteradt samt obetydligt flekteradt såväl i höft, som knäled. Trakten nedanför lig. Poupartii något fylligare på den högra, än den venstra sidan, högra trochanter major kännes något uppdrifven; pat ömmar vid beröring af sistnämnda delar. Högra benet 1,5 cm. kortare än det venstra. Vid starkare rörelseexkursioner under kloroformnarkos kännes en mjuk skrapning i högra höften, om extra- eller intrakapsulär är svårt att afgöra. — En osteomyelitisk process i 1:sta falangen af venstra handens 4:de finger.

Vid moderns uppgifter om sjukdomens uppkomst kunde ingen synnerlig vikt fästas och ansågs störingarna i högra benet beroende på en osteal häreaffektion i öfversta delen af femurdiafysen, som varat redan så länge, att en längddifferens i benens tillväxt gjort sig gällande. I hopp om, att processen utan operativt ingripande skulle under en lämplig behandling läkas, immobiliserades benet. Den 12:te oktober aflägsnades gipsförbandet, emedan pat. varit lätt febril under hela tiden, och hans krafter snarare af- än tilltagit. Lokala befundet kring leden i det närmaste detsamma som vid intagningen, möjligen en ökad infiltration af väfnaderna kring trochanter major. Öfver midten af trochanter gjordes nu ett ända till benet gående snitt. Sedan den ännu bråskartade trochanter blifvit genomborrad, anträffades en genom collum ända till den diafysära delen af caput sig sträckande uppmjukad osteal häre. Med skarp slef uthemtades pulpösa massor, och sedan hålan blifvit noga utskrapad tamponerades den med jodoformgaz. Någon kommunikation med leden kunde icke upptäckas, men deremot sträkte sig härden på inre sidan mycket nära till benhinnan. Efter operationen upphörde febern och pat. började småningom repa sig; såret läktes efter några månader, men öppnade sig sedermera ytligt för att efter någon tid åter gå fast.

Ehuru såret under en längre tid varit läkt, hölls pat. dock kvar på sjukhuset för att vinna krafter och för att utsigterna för en bestående läkning måtte blifva större. Han kan nu röra sitt högra ben fullkomligt fritt, endast rotationsrörelserna äro möjligen minimalt inskränkta och pat. haltar icke.

Ett annat förut icke publiceradt fall förtjenar att meddelas.

II. H. E. D., 4 årig fabriksarbetaredotter från Helsingfors, intagen på sjukhuset 19/11 1887, N:o 573.

Några andra anamnestiska uppgifter kunna ej erhållas än att pat. insjuknat vårvintern 1886. 19/11 samma år intogs hon på kirurgiska kliniken, då diagnosen *osteitis colli et trochant. maj. femoris dextr.* gjordes. Högra benet är flekteradt i höftleden, abduceradt och

utåt roteradt, dess längd 1 ctm. kortare än det venstra. Trochanter major kännes uppdrifven. Pat. anger ömhet vid tryck mot detta ställe. Ingen skrapning i leden vid passiv rörelse. Efter behandling med gipsförband och vigts extension inträdde förbättring, så att, då pat. utgick från sjukhuset den 29/5 1887, rörelseförmågan i högra höften var ganska god. Då emellertid under vistelsen i hemmet tillståndet åter försämrades, så att pat. alls ej kunde använda sitt högra ben vid gående, intogs hon på sjukhuset.

St. præs.: Ställningsanomalin densamma, som då hon förra gången vårdades på sjukhuset. Trochanter major betydligt uppdrifven. Högra benet är 1,6 ctm. kortare än det venstra. Vid passiv rörelse märkes en mjuk skrapning i höftleden.

Diagnos: *Coxitis dextr.*

22/11 gjordes ett 10 ctm. långt snitt öfver trochanter major, som genomborrades, hvarpå utskrapning företogs af collum ända in i caput femoris.

Då pat. den 26/2 1888 utskrefs från sjukhuset, var rörelseförmågan i höftleden ganska väl bibehållen. Pat. kunde flektera benet i höftleden till rät vinkel, adduktions- och abduktionsrörelserna voro något inskränkta, mest rotationsrörelsen. Pat. använder ganska väl sitt ben vid gående.

I september d. å. var förf. i tillfälle att observera pat. Hennes allmänna tillstånd var godt. Tillståndet i högra benet var detsamma som vid utskrifningen. En obetydlig flexionskontrakten fanns i höftleden. Patienten gick obehindradt, ehuru något haltande.

Vida större svårigheter för ett operativt ingrepp uppstå, i fall de osteala härdarna äro belägna i pannan. Om dessa hafva sitt läge i pannranden, kunna de dock lättare blifva tillgängliga. *König* ¹⁾ omnämner, att han med framgång aflägsnat osteala härdar, som varit belägna i både i bakre och öfra pannväggen och redan framkallat en inflammation i leden. På härvarande sjukhus har äfven förekommit ett fall, der en stor abscess i glutealtrakten öppnades och tömdes. Dervid visade det sig, att denna varit framkallad af en i bakre pannväggen belägen osteal härd, som var i begrepp att bryta in i höftleden. Mera komplicerade förhållanden uppstå, om härdarna äro belägna uti sjelfva pannans botten, hvilket varit fallet hos

¹⁾ l. c. pag. 124.

alla de i kasuistiken upptagna patienterna. Utan att klyfva kapseln och åtminstone till en viss grad aflägsna ledhufvudet från pannans botten, är ett operativt aflägsnande af de acetabulära härdarna omöjligt. En incision vid ledens främre sida eller strax bakom trochanter major bör göra leden tillgänglig för en noggrann undersökning. Om förstörelseprocesserna i ledpannan hafva en så stor utsträckning, att ett konserverande förfaringssätt är omöjligt att genomföra, måste en resektion af ledhufvudet utföras. I alla fall är det att hoppas, att höftleden, likasom knäleden, skall blifva tillgänglig för ett konserverande behandlingssätt, hvilket bör lemna större garantier för en god funktionsförmåga än en resektion.

Af det ofvananförda må dock ej den slutsats dragas, att hvarje tuberkulöst höftlidande borde blifva föremål för ett operativt ingrepp. Den permanenta viktsextensionen och gipsförbandet hafva gifvit tillräckligt goda läkningsresultat, för att ännu kunna försvara sin plats som säkra och goda behandlingsmetoder. Dock måste det blifva den framtida kirurgins uppgift att oftare, än hittills varit fallet, egna de tuberkulösa ledaffektionerna en operativ behandling, hvilken, på grund af en noggrann antiseptik och genom uppdrifven teknisk färdighet, ej bör för den sjuka medföra någon förökad fara.



Bonsdorff, Hjalmar Erik Gabriel von

Studier öfver den Tuberkulösa höftledsinflammationen Akad. Afh

Aelsingfors 1888

Diss.med. 203-49/53#Beibd.52

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11593114-7